SENATE SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17-18

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017-2018

Standing Senate Committee on National Security and Defence

Proceedings of the Subcommittee on

VETERANS AFFAIRS

Chair:
The Honourable JEAN-GUY DAGENAIS

Wednesday, May 9, 2018

Issue No. 15

Twelfth meeting:

Study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families

WITNESSES:
(*See back cover*)

Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et défense

Délibérations du Sous-comité des

ANCIENS COMBATTANTS

Président :
L'honorable JEAN-GUY DAGENAIS

Le mercredi 9 mai 2018

Fascicule nº 15

Douzième réunion :

Étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Jean-Guy Dagenais, *Chair*

and

The Honourable Senators:

Boniface	McIntyre
Jaffer	Richards

(Quorum 3)

SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

Président : L'honorable Jean-Guy Dagenais

et

Les honorables sénateurs :

Boniface	McIntyre
Jaffer	Richards

(Quorum 3)

Published by the Senate of Canada
Available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada
Disponible sur internet : http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 9, 2018
(25)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs met this day at 12:05 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Jean-Guy Dagenais, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Dagenais, Jaffer, McIntyre and Richards (4).

Other senators present: The Honourable Senators Griffin and Wallin (2).

In attendance: Isabelle Lafontaine-Emond, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament; Karlee Squires, Communications Officer, Senate Communications Directorate.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Monday, February 1, 2016, the subcommittee continued its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the subcommittee, Issue No. 1.*)

Topic: Study on Cannabis Use for Medical Purposes by Canadian Veterans

WITNESSES:

As an individual:

Zachary Walsh, Associate Professor, Department of Psychology, University of British Columbia.

Canadian Institute for Military and Veteran Health Research:

David Pedlar, Scientific Director;

Dr. J.D. Richardson, Consultant Psychiatrist, Physician Clinical Lead, Parkwood Operational Stress Injury Clinic.

The chair made a statement.

Mr. Walsh, Mr. Pedlar and Dr. Richardson made statements and answered questions.

At 1:25 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 9 mai 2018
(25)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui, à 12 h 5, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Jean-Guy Dagenais (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Dagenais, Jaffer, McIntyre et Richards (4).

Autres sénatrices présentes : Les honorables sénatrices Griffin et Wallin (2).

Également présentes : Isabelle Lafontaine-Emond, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement; Karlee Squires, agente de communications, Direction des communications du Sénat.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 1er février 2016, le sous-comité poursuit son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule nº 1 des délibérations du sous-comité.*)

Sujet : Étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens

TÉMOINS :

À titre personnel :

Zachary Walsh, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique.

Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans :

David Pedlar, directeur scientifique;

Dr J.D. Richardson, consultant en psychiatrie, médecin-chef, Parkwood Operational Stress Injury Clinic.

Le président ouvre la séance.

M. Walsh, M. Pedlar et Dr Richardson font des déclarations et répondent aux questions.

À 13 h 25, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

Le greffier suppléant du sous-comité,

Kevin Pittman

Acting Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 9, 2018

The Subcommittee on Veterans Affairs met this day at 12:05 p.m., to continue its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families (Topic: Study on Cannabis Use for Medical Purposes by Canadian Veterans).

Senator Jean-Guy Dagenais (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Honourable senators, welcome to the Subcommittee on Veterans Affairs. Before we begin, I will ask my colleagues to kindly introduce themselves, starting on my right.

[*English*]

Senator Wallin: Senator Pamela Wallin from Saskatchewan.

Senator McIntyre: Senator Paul McIntyre from New Brunswick.

Senator Richards: Senator David Richards from New Brunswick.

Senator Griffin: Senator Diane Griffin from Prince Edward Island.

Senator Jaffer: Senator Mobina Jaffer from British Columbia.

[*Translation*]

The Chair: I am Jean-Guy Dagenais from Quebec, chair of the subcommittee.

Thank you to my colleagues. Today we are continuing our study on the use of cannabis for medical purposes by Canadian veterans. Our witnesses are Mr. Zachary Walsh, associate professor, Department of Psychology, University of British Columbia, and Mr. David Pedlar, Scientific Director, Canadian Institute for Military and Veteran Health Research. He is accompanied by Dr. J. D. Richardson, consultant psychiatrist, physician clinical lead, at the Parkwood Operational Stress Injury Clinic.

Welcome, gentlemen. We will begin with Mr. Walsh's presentation.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 9 mai 2018

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui, à 12 h 5, pour poursuivre son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et à leurs familles (sujet : l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens).

Le sénateur Jean-Guy Dagenais (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Honorables sénateurs, je vous souhaite la bienvenue au Sous-comité des anciens combattants. Avant de commencer la séance, je vais demander à mes collègues de bien vouloir se présenter en commençant par ma droite.

[*Traduction*]

La sénatrice Wallin : La sénatrice Pamela Wallin, de la Saskatchewan.

Le sénateur McIntyre : Le sénateur Paul McIntyre, du Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Richards : Le sénateur David Richards, du Nouveau-Brunswick.

La sénatrice Griffin : La sénatrice Diane Griffin, de l'Île-du-Prince-Édouard.

La sénatrice Jaffer : La sénatrice Mobina Jaffer, de la Colombie-Britannique.

[*Français*]

Le président : Je suis Jean-Guy Dagenais, du Québec, président du sous-comité.

Je remercie mes collègues. Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens. Nos témoins sont M. Zachary Walsh, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, et M. David Pedlar, directeur scientifique, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans. Il est accompagné du Dr J.D. Richardson, consultant en psychiatrie, médecin-chef, Parkwood Operational Stress Injury Clinic.

Messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Nous allons commencer par la présentation de M. Walsh.

[*English*]

Zachary Walsh, Associate Professor, Department of Psychology, University of British Columbia, as an individual: Good afternoon, honourable senators. Thank you for inviting me to present. It is a privilege.

I am a researcher in cannabis and mental health and a tenured psychology professor at the University of British Columbia. I have studied issues related to the use of substances including alcohol, tobacco and illicit drugs. My focus for the past several years has been on cannabis use, both medical and nonmedical, and its effects on mental health.

I am currently funded by the Canadian Institutes of Health Research and the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada to examine the consequences of cannabis use and cannabis legalization on the health and well-being of adults. My past work has included some of the largest surveys of medical cannabis users in Canada and an extensive review of the impact of medical cannabis use on mental health. I also lead an ongoing randomized control trial of cannabis for PTSD, which, together with a parallel study in the U.S., are among the first to evaluate this treatment.

As a clinical psychologist, I have had diverse opportunities to work with individuals who struggle with the aftermath of trauma. I received training within the Veterans Affairs hospital system in the U.S. and now provide clinical supervision to graduate student trainees in the assessment of PTSD. My testimony today will draw primarily on my own research and knowledge of the empirical literature on cannabis and PTSD but will also be informed by my first-hand experiences working with individuals who use cannabis to treat PTSD.

[*Translation*]

The Chair: Mr. Walsh, could you please slow down. That will make it easier for our interpreters.

[*English*]

Mr. Walsh: Today I would like to focus on the use of cannabis for PTSD and for co-occurring conditions prominent among veterans, as well as providing some thoughts on the potential impacts on veterans of the imminent legalization of nonmedical cannabis use.

[*Traduction*]

Zachary Walsh, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel : Bonjour, honorables sénateurs. Merci de m'avoir invité. J'estime que c'est un privilège.

Je suis un chercheur en matière de cannabis et de santé mentale, ainsi qu'un professeur titulaire en psychologie à l'Université de la Colombie-Britannique. J'ai fait des études sur la consommation de substances, dont l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Depuis plusieurs années, je me concentre sur la consommation de cannabis médicinal et non médicinal et sur ses effets sur la santé mentale.

Les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada me financent actuellement afin que j'examine les conséquences de la consommation de cannabis et de la légalisation du cannabis pour la santé et le bien-être des adultes. J'ai antérieurement réalisé certaines des plus importantes enquêtes sur les consommateurs de cannabis médicinal au Canada ainsi qu'un examen approfondi des effets de la consommation de cannabis médicinal sur la santé mentale. Je dirige également un essai clinique randomisé en cours sur l'utilisation du cannabis pour le trouble de stress post-traumatique, le TSPT. Cette étude et une étude menée parallèlement aux États-Unis sont parmi les premières à évaluer ce traitement.

En tant que psychologue clinicien, j'ai eu diverses occasions de travailler avec des particuliers qui souffrent des séquelles d'un traumatisme. J'ai reçu de la formation au sein du réseau des hôpitaux pour anciens combattants aux États-Unis, et je fais maintenant la supervision clinique de stagiaires diplômés concernant l'évaluation du TSPT. Mon témoignage d'aujourd'hui s'appuie principalement sur ma propre recherche et mes propres connaissances de la littérature empirique portant sur le cannabis et le TSPT, mais également sur l'expérience que j'ai directement acquise à travailler avec des personnes qui consomment du cannabis pour traiter le TSPT.

[*Français*]

Le président : Monsieur Walsh, je vous demanderais de bien vouloir ralentir votre débit. Cela aiderait nos interprètes.

[*Traduction*]

M. Walsh : Aujourd'hui, j'aimerais me concentrer sur l'utilisation du cannabis pour le TSPT et pour les conditions coexistantes qu'on retrouve particulièrement chez les anciens combattants, ainsi que vous faire part de certaines réflexions au sujet des incidences possibles de la légalisation imminente de la consommation de cannabis non médical sur les anciens combattants.

It is sometimes noted that the evidence for the effectiveness of cannabis for PTSD is not strong. This usually refers to the lack of randomized controlled trials, RCTs, testing cannabis for PTSD. Such trials would certainly add to our confidence in how best to use or not use cannabis for PTSD, which is why we are currently undertaking trials of this sort. However, despite the lack of RCT evidence, it is nonetheless my opinion there is good reason to be hopeful regarding the potential for cannabis medicines to help improve the lives of individuals with PTSD.

On signale parfois que les données relatives à l'efficacité du cannabis pour traiter le TSPT ne sont pas solides. C'est habituellement à cause du manque d'essais cliniques randomisés — les ECR — qui portent sur l'utilisation du cannabis pour traiter le TSPT. De tels essais nous donneraient certainement une plus grande certitude quant à la meilleure utilisation du cannabis pour le TSPT ou à sa non-utilisation, et c'est la raison pour laquelle nous menons en ce moment ce type d'essais. Cependant, malgré le manque de données probantes émanant d'ECR, je suis d'avis que nous avons de bonnes raisons d'espérer que le cannabis médicinal a le potentiel de contribuer à améliorer la vie des personnes souffrant de TSPT.

Human studies that are not RCTs deserve attention. For example, studies show differences in the naturally occurring cannabis systems — the endocannabinoid system of individuals with PTSD, suggesting that dysfunction in this system may explain high rates of cannabis use among PTSD patients.

Les études réalisées sur les humains qui ne sont pas des ECR méritent qu'on s'y attarde. Par exemple, des études montrent des différences dans le système cannabinoïde présent naturellement — le système endocannabinoïde — des personnes souffrant de TSPT, et cela semble indiquer que la dysfonction de ce système peut expliquer les taux élevés de consommation de cannabis parmi les patients atteints de TSPT.

It is essential that we follow the leads provided by patient behaviours, particularly in areas where other evidence may be lacking. Surveys of medical cannabis users identify high levels of use to treat PTSD, and a retrospective study of medical cannabis patients in the U.S. reported substantial reductions in PTSD symptoms after uptake of medical cannabis use.

Nous devons absolument suivre les pistes que nous donnent les comportements des patients, en particulier pour les aspects au sujet desquels il n'y a peut-être pas suffisamment de données probantes. Les enquêtes sur les consommateurs de cannabis médicinal font ressortir une utilisation fréquente pour le traitement des TSPT, et une étude rétrospective de patients utilisant le cannabis médicinal aux États-Unis a fait état de réductions importantes des symptômes de TSPT après la consommation de cannabis médicinal.

These studies highlight cannabis use to help with sleep and to cope with anxiety and depression that are part of PTSD.

Ces études soulignent le recours au cannabis pour aider à dormir et composer avec l'anxiété et la dépression qui sont des symptômes du TSPT.

Sleep disturbance often emerges as among the most debilitating PTSD symptoms, and one which is most responsive to cannabis therapy. Restorative sleep is key to health and well-being and, when it is disrupted, other aspects of health rapidly deteriorate.

Les troubles du sommeil ressortent souvent comme étant l'un des symptômes du TSPT les plus débilitants, mais aussi ceux pour lesquels la thérapie par le cannabis a le plus d'effet. Un sommeil réparateur est essentiel à la santé et au bien-être, et s'il est perturbé, d'autres aspects de la santé se détériorent rapidement.

I have spoken with many individuals who use cannabis for PTSD who report going from sleeping in brief stretches, interrupted by terrible nightmares, to having their first full night's sleep in years after initiating cannabis therapies. Clinical research also supports the benefits of cannabis in PTSD-related sleep disturbance. Synthetic cannabinoids have demonstrated good effects in reducing nightmares and improving sleep among PTSD patients.

J'ai parlé à de nombreuses personnes qui consomment du cannabis pour leur TSPT. Après avoir souffert d'un sommeil souvent interrompu et entrecoupé de terribles cauchemars, elles affirment avoir eu leur première nuit de sommeil complète après avoir entrepris une thérapie au cannabis. La recherche clinique confirme également les bienfaits du cannabis concernant les troubles du sommeil causés par le TSPT. Les cannabinoïdes synthétiques se sont révélés efficaces pour ce qui est de réduire les cauchemars et d'améliorer le sommeil des patients souffrant de TSPT.

Our experience in Canada over the past few years also speaks to the therapeutic potential of cannabis for PTSD. Although the dramatic increase in enrolment by veterans in the ACMPR has caused concern in some quarters, it is what we might expect to

Selon notre expérience des quelques dernières années au Canada, le cannabis a un potentiel thérapeutique pour le traitement du TSPT. Même si l'augmentation spectaculaire des inscriptions d'anciens combattants en vertu du RACFM cause

see from the introduction of an effective but unconventional treatment for a difficult condition. Slow and steady increases at first until a tipping point caused by positive word of mouth leads to exponential growth.

Patient-reported self-efficacy and treatment uptake are not the accepted gold standard for determining the effectiveness of a medication. However, the devastating consequences of untreated PTSD and the inadequacies of existing treatments for many sufferers make it essential that all promising avenues be explored. Cannabis should be compared to existing options, not a hypothetical gold standard.

The quantities of cannabis being used by some veterans may appear excessive but perhaps no more so than the long lists of prescription medications often used to address PTSD and co-occurring conditions. For many, the side effects of cannabis are well tolerated compared to those of the antidepressants, sedatives and other medications that confer side effects such as weight gain, sexual dysfunction and lethargy that dramatically decrease quality of life. In contrast, even at high doses, cannabis can be a relatively gentle medicine with low toxicity.

Perhaps the greatest concern is the development of cannabis dependence. However, effective use of a medication to treat symptoms of a chronic condition cannot be considered disordered, and the cannabis withdrawal symptom is short-lived and relatively mild compared to those of some other widely used prescription medications.

One benefit of cannabis therapies is the potential to treat co-occurring conditions and replace several medications. Specifically, a recent comprehensive review from the National Academies of Sciences, Engineering and Medicine concluded that cannabis was effective for treating chronic pain in adults, which is particularly important given the high rates of opioid use disorder among individuals with PTSD. Indeed, growing evidence indicates that cannabis is increasingly being used as an opioid substitute that may reduce fatal opioid overdose.

Recent reporting from *The Globe and Mail* just this week that focused specifically on Canadian veterans supports the conclusion that cannabis may be being used instead of, rather than in addition to, other medications.

des préoccupations dans certains milieux, c'est le résultat auquel nous pouvons nous attendre avec l'avènement d'un traitement efficace, mais non conventionnel, pour un trouble difficile à traiter. Une augmentation lente et constante au début, jusqu'au moment décisif où le bouche-à-oreille fait son œuvre, et vous vous retrouvez devant une croissance exponentielle.

L'auto-efficacité proclamée par les patients et l'adoption d'un traitement ne sont pas un moyen reconnu d'établir l'efficacité d'un médicament. Cependant, en raison des conséquences dévastatrices d'un TSPT non traité et de l'inefficacité des traitements existants pour de nombreuses personnes atteintes, il est essentiel d'explorer toutes les avenues prometteuses. Le cannabis devrait être comparé aux options existantes, et ne pas être vu comme l'idéal hypothétique.

Les quantités de cannabis consommées par certains anciens combattants peuvent sembler excessives, mais elles ne le sont peut-être pas plus que les longues listes de médicaments sur ordonnance souvent utilisés pour traiter le TSPT et les troubles coexistants. Pour beaucoup, les effets secondaires du cannabis sont bien tolérés, par comparaison avec ceux des antidépresseurs, sédatifs et autres médicaments qui s'accompagnent d'effets secondaires comme la prise de poids, la dysfonction sexuelle et la léthargie, ce qui diminue considérablement la qualité de vie. Par contraste, même à fortes doses, le cannabis peut être un médicament relativement doux et à faible toxicité.

La plus grande préoccupation est peut-être le développement d'une dépendance au cannabis. Cependant, on ne peut pas conclure à l'incohérence de l'utilisation efficace d'un médicament pour traiter les symptômes d'une affection chronique, et le symptôme de sevrage du cannabis est de courte durée en plus d'être relativement léger par comparaison avec ceux de certains des autres médicaments sur ordonnance qui sont très utilisés.

L'un des avantages des thérapies qui misent sur le cannabis est d'avoir le potentiel de traiter les troubles coexistants et de remplacer plusieurs médicaments. Plus précisément, un examen approfondi réalisé récemment par les National Academies of Sciences, Engineering and Medicine a conclu que le cannabis traite efficacement la douleur chronique chez les adultes, ce qui est particulièrement important, étant donné les forts taux de trouble de l'usage des opioïdes chez les personnes souffrant de TSPT. En fait, de plus en plus de données probantes confirment que le cannabis est de plus en plus utilisé pour remplacer les opioïdes, ce qui peut réduire les décès par surdose d'opioïdes.

Pas plus tard que cette semaine, on pouvait lire dans le *Globe and Mail* un reportage portant précisément sur les anciens combattants canadiens qui étayait la conclusion selon laquelle le cannabis peut être utilisé au lieu d'autres médicaments, plutôt qu'en plus d'autres médicaments.

Research from our group found that cannabis not only reduced pain but helped patients to be more active despite chronic pain. Given the negative effects of the isolation that plagues too many veterans with chronic pain and PTSD, the potential of cannabis to facilitate activity and social integration is important.

Our review of medical cannabis and mental health found that medical cannabis patients overwhelmingly report using cannabis to reduce anxiety and depression in addition to a primary complaint of pain. The potential of cannabis to address both pain and anxiety is particularly important in the context of PTSD given the potential lethality of combining benzodiazepine sedatives and opioid pain killers, both of which are widely used by veterans.

Cannabis also has the potential to substitute for alcohol, and the calming effects of cannabis use may protect against domestic violence, which is also a heightened risk to the well-being of concerns.

With regard to the impact on veterans of imminent cannabis legalization, I believe the public health approach put forward by the current government will have a positive effect on the lives of veterans and should not be delayed.

Our research identifies fear of negative judgment as an impediment to open communication with caregivers regarding cannabis use. Veterans with mental health conditions who use cannabis bear the burden of a double stigma that could be a substantial barrier to accessing proper medical care and engaging in frank conversation with providers. To the extent that legalization reduces stigma, it will have a positive effect on the health of veterans.

Legalization will also have a positive effect by fostering research into the development of best practices for the therapeutic use of cannabis.

One concern I have regarding legalization as currently planned involves per se limits for driving. Veterans who use cannabis therapeutically may consistently exceed the proposed nanogram limit irrespective of acute cannabis intoxication. No one should be impaired on the roads, but veterans who use their medication responsibly should not be forced to abandon driving entirely.

Thank you very much.

Les travaux de recherche réalisés par notre groupe ont révélé que le cannabis ne fait pas que diminuer la douleur, mais qu'il aide les patients à être plus actifs malgré la douleur chronique. Compte tenu des effets négatifs de l'isolement qui afflige trop d'anciens combattants souffrant de douleur chronique et de TSPT, le potentiel du cannabis pour ce qui est de faciliter l'activité et l'intégration sociale est important.

Selon les conclusions de notre examen du cannabis médicinal et de la santé mentale, les patients qui consomment du cannabis médicinal sont très nombreux à signaler qu'ils le font pour réduire l'anxiété et la dépression, en plus d'enrayer leur douleur, qui est la principale raison. Le potentiel de traitement de la douleur et de l'anxiété du cannabis est particulièrement important dans le contexte du TSPT, étant donné le risque d'entraîner la mort que présente la combinaison de benzodiazépines comme sédatifs, et d'opioïdes comme antidouleur, les deux étant très souvent utilisés par les anciens combattants.

Le cannabis peut aussi remplacer l'alcool, et les effets calmants du cannabis peuvent contrer la violence familiale, également un risque accru préoccupant.

En ce qui concerne l'incidence de la légalisation imminente du cannabis sur les anciens combattants, je crois que l'approche en matière de santé publique du gouvernement actuel produira un effet positif sur les vies des anciens combattants et qu'il ne faut pas retarder les choses.

D'après notre recherche, la crainte d'un jugement négatif fait partie des obstacles à une communication ouverte avec les fournisseurs de soins au sujet de la consommation de cannabis. Les anciens combattants qui souffrent de troubles de santé mentale et qui consomment du cannabis portent le fardeau d'une double stigmatisation, et cela peut représenter un obstacle important à l'accès à des soins médicaux convenables et à une conversation franche avec les fournisseurs de soins. Si elle réduit la stigmatisation, la légalisation aura un effet positif sur la santé des anciens combattants.

La légalisation produira aussi un effet positif en favorisant la recherche sur le développement de meilleures pratiques pour l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques.

J'ai une préoccupation au sujet de la légalisation telle qu'elle est prévue en ce moment, et c'est concernant les limites pour la conduite automobile. Les anciens combattants qui consomment du cannabis à des fins thérapeutiques pourraient constamment dépasser la limite proposée en nanogrammes, même sans intoxication aiguë au cannabis. Personne ne doit conduire avec les facultés affaiblies, mais les anciens combattants qui consomment leur médicament de façon responsable ne devraient pas être obligés de renoncer complètement à conduire.

Merci beaucoup.

[*Translation*]

The Chair: Thank you very much for your presentation, Mr. Walsh. We will now move on to Mr. David Pedlar.

[*English*]

David Pedlar, Scientific Director, Canadian Institute for Military and Veteran Health Research: Thank you for the opportunity to address members of the Senate and this committee on this important topic.

My name is David Pedlar. I am a full professor in the School of Rehabilitation Therapy at Queen's University and scientific director of the Canadian Institute for Military and Veteran Health Research. We link together 43 Canadian universities as a network, 10 global affiliates and industry partners to offer an independent, arm's length perspective to understand and help solve the health issues facing Canadian Armed Forces personnel, veterans and their families. Over 1,700 researchers have contributed to our mission. CIMVHR is a thriving community that engages researchers, practitioners, government and interested parties. We are all about working together to solve these problems.

First, my heart goes out to the veterans in Canada that have turned to medicinal cannabis as an alternative treatment. I know many of them personally, and I have also met many U.S. Armed Forces 9/11 veterans when I lived in Los Angeles in 2016 as a Fulbright Visiting Research Chair in Military Health at the University of California. They all have similar stories: physical and mental health issues that they attributed to military service; common mental health issues like PTSD and depression, as well as chronic pain arising from physical trauma or wear and tear with the rigours of military service. I note that military health problems commonly occur with physical health problems and chronic pain, and these can impair functioning. For example, a common complaint that I saw was that because of their mental and physical health conditions, they had challenges fulfilling roles in life. Many of the veterans I have known agonized over things like how their health prevented them from being the parents and spouses that they wanted to be.

Typically, their journey to feel better started with traditional treatments. They climbed the medication ladder, trying a wide range of prescribed antidepressants, anti-anxiety medications and a wide range of other traditional and nontraditional treatments and therapies, but they were not satisfied with the results. Finally, they turned to cannabis as an option in seeking relief.

[*Français*]

Le président : Merci beaucoup, monsieur Walsh, pour votre présentation. Nous passons maintenant à M. David Pedlar.

[*Traduction*]

David Pedlar, directeur scientifique, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans : Merci de me donner l'occasion de prendre la parole devant les membres du Sénat et de ce comité à propos de cet important sujet.

Je m'appelle David Pedlar. Je suis professeur titulaire à la School of Rehabilitation Therapy de l'Université Queen's, ainsi que directeur scientifique de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans. Nous réunissons en un réseau 43 universités canadiennes, ainsi que 10 organismes affiliés et partenaires industriels, de manière à offrir une perspective indépendante, sans lien de dépendance, visant à comprendre et à résoudre les problèmes de santé auxquels font face les membres des Forces canadiennes, les anciens combattants et leurs familles. Plus de 1 700 chercheurs ont contribué à notre mission. L'ICRSMV est une communauté florissante qui va chercher la contribution de chercheurs, de praticiens, de représentants gouvernementaux et de parties intéressées. Notre priorité est de travailler ensemble à résoudre ces problèmes.

Premièrement, je compatis avec les anciens combattants au Canada qui optent pour le cannabis médicinal comme traitement de remplacement. J'en connais plusieurs personnellement, et j'ai aussi rencontré des membres des Forces armées américaines et des vétérans ayant vécu le 11 septembre 2001, quand je vivais à Los Angeles en 2016, alors que j'étais titulaire invité de la chaire de recherche Fulbright sur la santé des militaires, à l'Université de Californie. Leurs histoires se ressemblent toutes : problèmes de santé physique et mentale qu'ils attribuent au service militaire; problèmes de santé mentale communs, comme le TSPT et la dépression, de même que la douleur chronique causée par un traumatisme physique ou par l'usure associée aux rigueurs du service militaire. Je souligne que les problèmes de santé des militaires sont souvent des problèmes de santé physique et de douleur chronique, lesquels peuvent entraver le fonctionnement. Par exemple, j'ai souvent entendu qu'à cause de leurs problèmes de santé mentale ou physique, ils avaient de la difficulté à s'acquitter de leurs rôles dans la vie. Bon nombre des anciens combattants que j'ai connus se tourmentaient à propos de choses comme la façon dont leurs problèmes de santé les empêchaient d'être le parent et le conjoint qu'ils voulaient être.

Leur cheminement vers une amélioration de leur état s'est généralement amorcé par des traitements conventionnels. Ils ont gravi l'échelle des médicaments, essayant un vaste éventail d'antidépresseurs et de médicaments anxiolytiques sur ordonnance, ainsi qu'un vaste éventail d'autres traitements et thérapies traditionnels et non traditionnels, sans cependant être

Some I have met claim that cannabis has helped them greatly, and some have experienced adverse side effects and discontinued use.

Regarding policy on medicinal cannabis under discussion here, one important lesson is the importance of adhering to the principles of evidence-based policy and decision-making, especially when we will publicly fund health care treatments. The government policy under discussion is an example, perhaps, of doing it backwards. The initial policy on veterans' cannabis was not based on high-quality scientific evidence of safety and effectiveness. Therefore, the challenge facing government over the past year or two has been how to introduce rationality to a policy that was not initially evidence-based. However, here we are, so it is essential to balance compassion with caution, recognizing that many veterans are already using cannabis and could be adversely affected by dramatic policy changes.

CIMVHR proposes two priorities. First, from our perspective, is the investment in new research in the safety, effectiveness and cost effectiveness of medicinal cannabis. Overall, the quality of research evidence on safety and effectiveness of medicinal cannabis is of low quality. There is encouraging evidence that something in cannabis has good therapeutic value. On the other hand, cannabis can be addictive and has a variety of other adverse effects. It is an extremely complex mix of chemicals, has complex pharmacokinetics and pharmacodynamics and has positive and negative acute and chronic effects that are not well understood. THC concentrations in cannabis have increased over time, and overdose can occur. In addition to overdose, motor impairment is a consequence of use and can lead to motor vehicle and other kinds of accidents.

High-quality research is needed. The overall goal is to improve the quality of evidence for safety and effectiveness of medicinal cannabis. One key line of research would focus on safety and effectiveness, looking at how cannabis affects the body's endocannabinoid system. We should also focus on it like any other drug, recognizing that virtually all medications have an on-target therapeutic effect and off-target side effects. Another key line of research would focus on cannabis from a public health perspective — the impact on physical and mental health, but all domains of functioning: at home, at work and in the community. How does it really impact veteran well-being?

satisfaits des résultats. Enfin, ils se sont tournés vers le cannabis comme moyen de trouver un soulagement. Certains ont affirmé que le cannabis les a énormément aidés, alors que d'autres ont souffert d'effets secondaires indésirables et ont cessé d'en consommer.

Au sujet de la politique sur le cannabis médicinal qui fait l'objet de la discussion en ce moment, il y a une leçon importante à tirer, et c'est l'importance de respecter les principes de l'adoption de politiques et de la prise de décisions fondées sur des données probantes, surtout si nous devons financer à l'aide des deniers publics les traitements de soins de santé. La politique gouvernementale dont nous discutons est peut-être l'exemple d'un cas où l'on a commencé par la fin. La politique initiale sur le cannabis pour les anciens combattants ne se fondait pas sur des données scientifiques de grande qualité au sujet de la sécurité et de l'efficacité. Par conséquent, le défi auquel le gouvernement fait face depuis un an ou deux est d'introduire un aspect de rationalité dans une politique qui ne s'est pas initialement fondée sur des données probantes. Nous en sommes là, alors il est essentiel de trouver un équilibre entre la compassion et la prudence, et de reconnaître que de nombreux anciens combattants consomment déjà du cannabis ou pourraient subir des conséquences négatives si la politique était considérablement modifiée.

L'ICRSMV propose deux priorités. La première, selon notre point de vue, est l'investissement dans de nouveaux travaux de recherche sur la sécurité, l'efficacité et la rentabilité du cannabis médicinal. Dans l'ensemble, les données tirées de recherche sur la sécurité et l'efficacité du cannabis médicinal sont de piètre qualité. Il existe des données encourageantes selon lesquelles le cannabis a une bonne valeur thérapeutique. D'un autre côté, le cannabis peut causer la dépendance et s'accompagner de divers autres effets négatifs. Le cannabis est une combinaison extrêmement complexe de produits chimiques, il a des propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, et il s'accompagne d'effets aigus et chroniques positifs et négatifs qui ne sont pas bien compris. Les concentrations de THC dans le cannabis ont augmenté avec le temps, et une surdose est possible. En plus des risques de surdose, le cannabis peut causer une déficience motrice qui peut mener à des accidents de la route et à d'autres types d'accidents.

Il faut une recherche de grande qualité. Le but est généralement d'améliorer la qualité des données relatives à la sécurité et à l'efficacité du cannabis médicinal. Un champ de recherche important serait la sécurité et l'efficacité, à savoir les effets du cannabis sur le système endocannabinoïde du corps humain. Nous devrions aussi nous concentrer là-dessus comme pour n'importe quelle autre drogue, reconnaissant que pratiquement tous les médicaments ont un effet thérapeutique cible et des effets secondaires hors cible. Un autre champ de recherche important viserait le cannabis du point de vue de la santé publique — les effets sur la santé physique et mentale, mais pour tous les domaines de fonctionnement : à la maison, au

The second priority is that CIMVHR has an important role to play in knowledge dissemination, which is very important. Veterans desperately need more information on both the potential benefits and adverse effects of using cannabis for medical purposes. There is an enormous amount of misinformation in marketing out there, making the need for quality, authoritative information even greater. This will become even more critical once cannabis is available for recreational use.

Health professionals would also benefit from additional information. CIMVHR can play a key role in collaborating on this with provincial and national medical associations. More effective collaboration could also be made with a network of Veterans' Affairs-funded OSI clinics and those who authorize the use of medicinal cannabis. CIMVHR is well-situated to bridge those gaps.

In closing, I want to mention that CIMVHR is currently building a partnership with the DeGroote Centre for Medicinal Cannabis at McMaster University and Parkwood OSI Clinic to support research and knowledge dissemination into medical cannabis in the veteran space. I would highly recommend that you invite the DeGroote Centre team from McMaster here to speak. That would be James MacKillop, Jason Busse and Ramesh Zacharias, with whom we have been working lately and hope to play a leadership role in this area moving forward. Thank you.

[*Translation*]

The Chair: Thank you very much, Mr. Pedlar. Dr. Richardson, will you be giving a presentation?

[*English*]

Dr. J.D. Richardson, Consultant Psychiatrist, Physician Clinical Lead, Parkwood Operational Stress Injury Clinic, Canadian Institute for Military and Veteran Health Research: Yes, I do. I would like to thank the Senate committee for the opportunity to address on this important topic of cannabis for medical purposes in veterans.

I am a consultant psychiatrist and Physician Clinical Lead at the Parkwood Operational Stress Injury Clinic. I am also a fellow with the Canadian Institute of Military and Veteran Health Research, CIMVHR, and Associate Professor at Western University. Over the past 20 years, my clinical and research

travail et au sein de la collectivité. Quelles sont en réalité les répercussions sur le bien-être des anciens combattants?

La deuxième priorité, c'est que l'ICRSMV a un important rôle à jouer dans la diffusion des connaissances, et c'est très important. Les anciens combattants ont désespérément besoin d'information supplémentaire sur les bienfaits potentiels de même que sur les effets néfastes de la consommation de cannabis à des fins médicales. Il y a énormément de renseignements erronés qui circulent, ce qui fait qu'il y a un besoin encore plus grand d'information de qualité faisant autorité. Cela deviendra encore plus crucial quand le cannabis pourra être consommé à des fins récréatives.

Les professionnels de la santé bénéficieraient aussi de renseignements supplémentaires. L'ICRSMV peut jouer un rôle clé en collaborant à cela avec les associations médicales provinciales et nationales. Une collaboration plus efficace serait aussi possible avec un réseau de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, ou cliniques TSO, financées par Anciens Combattants Canada, y compris les cliniques qui autorisent la consommation de cannabis médicinal. L'ICRSMC est bien positionné pour combler ces écarts.

En conclusion, je veux souligner que l'ICRSMV travaille actuellement à établir un partenariat avec le DeGroote Centre for Medicinal Cannabis de l'Université McMaster et avec la Clinique TSO Parkwood afin de soutenir la recherche et la diffusion des connaissances concernant le recours au cannabis médicinal pour les anciens combattants. Je recommande fortement que vous invitiez l'équipe du DeGroote Centre de McMaster à venir témoigner. Il s'agit de James MacKillop, Jason Busse et Ramesh Zacharias, avec qui nous travaillons dernièrement et espérons assumer un rôle de leadership dans ce domaine, à l'avenir. Merci.

[*Français*]

Le président : Merci beaucoup, monsieur Pedlar. Docteur Richardson, avez-vous une présentation à nous faire?

[*Traduction*]

Dr J.D. Richardson, consultant en psychiatrie, médecin-chef, Parkwood Operational Stress Injury Clinic, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans : Oui, monsieur le président. Je tiens à remercier le comité sénatorial de me donner l'occasion de lui parler de ce sujet important, soit l'utilisation du cannabis à des fins médicales pour les anciens combattants.

Je suis un consultant en psychiatrie et le médecin-chef de la Parkwood Operational Stress Injury Clinic, la clinique de traitement des blessures liées au stress opérationnel de Parkwood. Je suis aussi un associé de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, l'ICRSMV, et un professeur agrégé à l'Université Western. Au cours des

work has focused primarily on veterans and Canadian Forces members with PTSD and other operational stress injuries.

I will keep my introductory remarks short, as Dr. David Pedlar has already highlighted the issues of cannabis use for medical purposes, especially regarding both the short- and long-term safety and effectiveness of cannabis for medical purposes.

I support CIMVHR's priorities of both research and knowledge dissemination. High-quality research for cannabis for medical purposes is lacking, and there is a desperate need for good clinical research involving not only the veterans but also their families. This research should examine not only symptom reduction but also the quality of life of the veteran and their families.

We look forward to collaborating with CIMVHR and McMaster's Michael G. DeGroote Centre for Medicinal Cannabis on their research agenda. This type of research is extremely important, as military-related PTSD does not respond as well to either medication treatment, pharmacotherapy or psychotherapy — talking therapy — when compared to civilian PTSD.

As was already reviewed, accurate information to veterans and their families, and to community care providers, is crucially needed. With this knowledge, veterans and their care providers can make more informed decisions on the potential benefits and adverse effects of using cannabis for medical purposes.

Thank you.

[*Translation*]

The Chair: Thank you very much, Dr. Richardson. We will begin the question period. I invite Senator Jaffer to ask the first question.

Senator Jaffer: Thank you for being here today.

[*English*]

First, I have a question about the amount of cannabis that is now being provided. I think it is 3 nanograms a day, and I understand that some want more. Are any of you able to comment on that? Some need more; let me put it that way.

Mr. Walsh: With the research being conducted now, we are trying to determine an ideal dose. We can see from naturalistic observation of what is going on with medical cannabis patients broadly and veterans with PTSD specifically that it seems that

20 dernières années, mon travail en clinique et ma recherche ont porté principalement sur les anciens combattants et les membres des Forces canadiennes souffrant de TSPT et d'autres blessures de stress opérationnel.

Je vais m'en tenir à une brève déclaration liminaire, car M. David Pedlar a déjà mis en évidence les enjeux relatifs à la consommation de cannabis à des fins médicales concernant en particulier la sécurité et l'efficacité à court et à long terme du cannabis à des fins médicales.

Je suis d'accord avec les priorités de l'ICRSMV concernant la recherche et la diffusion des connaissances. Il n'y a pas de données de recherche de grande qualité sur le cannabis à des fins médicales, et il faut absolument une bonne recherche clinique englobant non seulement les anciens combattants, mais aussi leurs familles. Cette recherche doit couvrir non seulement la diminution des symptômes, mais aussi la qualité de vie des anciens combattants et des membres de leurs familles.

Nous sommes impatients de collaborer avec l'ICRSMV et le Michael G. DeGroote Centre for Medicinal Cannabis de l'Université McMaster à leur recherche. Ce type de recherche est extrêmement important, car le TSPT lié au service militaire ne répond pas aussi bien au traitement pharmacologique, à la pharmacothérapie et à la psychothérapie — une thérapie axée sur la communication — que dans les cas de TSPT chez les civils.

Comme on l'a déjà signalé, il est essentiel de fournir de l'information juste aux anciens combattants et à leurs familles, ainsi qu'aux fournisseurs de soins des collectivités. Forts de ces connaissances, les anciens combattants et leurs fournisseurs de soins pourront prendre des décisions plus éclairées, sachant les bienfaits potentiels et les effets négatifs de la consommation de cannabis à des fins médicales.

Merci.

[*Français*]

Le président : Merci beaucoup, docteur Richardson. Nous allons commencer la période des questions. J'inviterais la sénatrice Jaffer à vous poser la première question.

La sénatrice Jaffer : Merci de votre présence ici aujourd'hui.

[*Traduction*]

Pour commencer, j'ai une question sur la quantité de cannabis qui est maintenant fournie. Je pense que c'est 3 nanogrammes par jour, et si j'ai bien compris, des gens en veulent davantage. Est-ce que l'un d'entre vous peut me parler de cela? Certains ont besoin de plus, si vous me permettez de l'exprimer ainsi.

M. Walsh : Des recherches sont actuellement menées pour tenter de déterminer la dose idéale. Dans le cadre d'observations en milieu naturel sur les effets du cannabis thérapeutique sur les patients en général et sur les anciens combattants qui souffrent

would be sufficient for most but not all to the extent that there are some who report using higher doses effectively and that lesser doses are not effective. In the absence of clinical trials to specify dose, the reports of patients are our best guidance.

Among recreational users, very few use more than a few grams a day, and most use less. If the use is recreational, it is rare to see it at those higher levels. My interpretation is that those higher levels likely represent medical need, because they are not consistent with recreational use in general.

Senator Jaffer: Thank you for that.

You know that our committee is another voice for veterans. We are trying to find out how we can support veterans and improve the lives of veterans who have given such great sacrifices for our country. We owe them a lot. I would like to ask you what you think the barriers are. You covered some of them, but could you put it down as one, two, three? What are the barriers for accessing medical cannabis? You covered it, but I would like it in point form again.

Mr. Walsh: One of the big barriers we have come across in our research with medical cannabis more broadly is stigma and caregiver communications. People are concerned that their cannabis use will be perceived in a manner that is stigmatized such that they are reluctant to discuss it with their caregivers. Then they are left on their own or left to work outside of the authorized medical community to determine how best to use cannabis. In many cases, they work with ad hoc providers or dispensaries to gather the best information. However, as my colleagues noted, authoritative information can be hard to come by, and there is such diversity of opinion that it can be quite a struggle for a medical cannabis user to figure out the best dose and best type.

As my colleagues also noted, there are a number of different potential active ingredients in herbal cannabis. With regard to your comment about the high doses, it could be that some patients are looking for cannabinoids or finding certain cannabinoids effective that are present in only small doses in cannabis. That might explain why they use larger doses. But more research is needed to determine that.

Senator Jaffer: Also, when you are purchasing on your own, there are all kinds of differences and exact doses in the different cookies or whatever people are purchasing.

d'un TSPT en particulier, il semble que ce serait suffisant pour la plupart, mais pas tous, car certaines personnes indiquent qu'elles utilisent des doses plus élevées qui sont efficaces, mais que des doses moins élevées fonctionnent moins bien. En l'absence d'essais cliniques sur des doses précises, les renseignements fournis par les patients représentent les meilleures données que nous pouvons recueillir.

Un très petit nombre d'utilisateurs récréatifs consomment plus de quelques grammes par jour, et la plupart d'entre eux en consomment moins. Il est rare d'observer des niveaux élevés dans le cadre d'une utilisation récréative. Selon moi, les niveaux les plus élevés répondent probablement à un besoin médical, car ces taux ne correspondent pas à l'usage récréatif général.

La sénatrice Jaffer : Merci.

Vous savez que notre comité est une autre voix pour les anciens combattants. Nous tentons de déterminer comment nous pouvons soutenir les anciens combattants et améliorer leur vie, car ils ont fait de grands sacrifices pour notre pays. Nous leur devons beaucoup. J'aimerais que vous nous parliez des obstacles. Vous avez abordé certains d'entre eux, mais pourriez-vous les énumérer? Quels sont les obstacles à l'accès au cannabis à des fins médicales? Vous avez abordé ce sujet, mais j'aimerais obtenir une réponse sous forme de liste.

M. Walsh : L'un des gros obstacles que nous avons cernés dans le cadre de nos recherches générales sur le cannabis thérapeutique concerne la stigmatisation et la communication avec les fournisseurs de soins. En effet, les gens craignent que leur consommation de cannabis fasse l'objet d'une stigmatisation et ils hésitent donc à en parler avec leurs fournisseurs de soins. Ils doivent donc déterminer eux-mêmes, ou sans l'aide de la communauté médicale, la meilleure façon d'utiliser le cannabis. Dans de nombreux cas, ils font affaire avec des fournisseurs improvisés ou des centres de distribution pour obtenir les meilleurs renseignements. Toutefois, comme mes collègues l'ont souligné, il peut être difficile d'obtenir des renseignements faisant autorité et les opinions divergent tellement qu'un utilisateur de cannabis thérapeutique peut avoir beaucoup de difficulté à déterminer la meilleure dose et le meilleur type de cannabis.

Comme mes collègues l'ont aussi souligné, le cannabis contient plusieurs ingrédients actifs potentiels. En ce qui concerne votre commentaire sur les doses élevées, il se pourrait que certains patients recherchent des cannabinoïdes particuliers ou trouvent certains cannabinoïdes efficaces, mais qu'ils sont seulement présents en petites doses dans le cannabis. Cela pourrait expliquer pourquoi ils utilisent des doses plus élevées. Toutefois, il faut mener d'autres recherches pour confirmer cela.

La sénatrice Jaffer : De plus, lorsqu'on achète des produits sans aide, il faut connaître les différences et les différentes doses dans les biscuits ou d'autres produits vendus.

I was hoping you would talk about stigma, because I wanted to know if that is a barrier. With legalization, will that make a difference for veterans? Will it make it more open to access for medicinal purposes?

Dr. Richardson: I would like to address one of the earlier questions. One of the challenges in the medical profession that has an implication for veterans who are seeking to obtain cannabis for medical purposes is the lack of evidence we look for in terms of medical treatment in order to be able to provide or authorize this type of treatment. That area is extremely lacking.

There are also the challenges for a lot of veterans accessing primary care and specialty treatment, as you are probably aware. Are veterans aware that there are effective treatments for PTSD and depression that are already out there, and how do they access it? It is a complex picture.

Mr. Pedlar: If I may talk about the 3 gram or 10 gram thing, I don't think there is any clear scientific basis for either. It would be based on an input from practitioners, but there is no clear scientific basis. In a sense, I would call those arbitrary. We know, however, that higher use is associated with higher risk, including addiction. I think both 3 grams and 10 grams would be considered high, although there may be individual circumstances where they could be warranted. I think 10 grams would be considered extremely high, but if people are on 10 grams, there are issues around withdrawal and other hardships that might be important issues in terms of how you would transition from 10 grams to 3 grams.

Senator Jaffer: Are there gender differences?

Dr. Richardson: That is a good question, and I'm not sure there are any studies out there. However, for most medications that are approved, the ones with a drug identifying number, most of the research is done on men. There is a definite lack of evidence and research that is gender-specific. That is a good point to raise as we start doing research on this, because it could be quite different. We do know that the impact of alcohol on women is significantly different than for men, but we do not know about that in terms of cannabis, as far as I am aware.

Mr. Walsh: I think there may also be gender differences related to the stigma issues that you raised, where there may be a particular stigma among women for using cannabis, particularly as it relates to parenting issues. Some research from our group has shown particular attitudes toward parenting and cannabis that

J'espérais que vous parleriez de la stigmatisation, car j'aimerais savoir s'il s'agit d'un obstacle. La légalisation fera-t-elle une différence sur ce plan pour les anciens combattants? Permettra-t-elle d'ouvrir l'accès à ce produit à des fins médicales?

Dr Richardson : J'aimerais répondre à l'une des questions précédentes. L'un des défis auxquels fait face la profession médicale et qui concernent les anciens combattants qui tentent d'obtenir du cannabis pour des raisons médicales, c'est le manque de données probantes liées au traitement médical, car ces données probantes permettraient de fournir ou d'autoriser ce type de traitement. Il y a énormément de lacunes dans ce domaine.

Comme vous le savez probablement, de nombreux anciens combattants font également face à des défis liés à l'accès aux soins primaires et à des traitements spécialisés. Les anciens combattants savent-ils qu'il existe des traitements efficaces contre le TSPT et la dépression et savent-ils comment y avoir accès? C'est une situation complexe.

M. Pedlar : Je ne crois pas qu'on dispose de données scientifiques claires pour trancher entre la dose de 3 grammes ou de 10 grammes. Ces mesures se fondent sur l'avis des praticiens, mais il n'existe aucun fondement scientifique clair à cet égard. Dans un sens, je dirais qu'il s'agit de mesures arbitraires. Toutefois, nous savons que l'augmentation de la consommation entraîne un risque plus élevé, notamment dans le cas de la dépendance. Je crois qu'on considérerait que des quantités de 3 grammes et de 10 grammes sont des quantités élevées, même si dans certaines circonstances, cette quantité peut être justifiée. Je crois qu'on considérerait qu'une dose de 10 grammes est extrêmement élevée, mais lorsqu'une personne utilise une dose de 10 grammes, il y a ensuite des problèmes de sevrage et d'autres problèmes qui pourraient rendre la transition de 10 à 3 grammes difficile.

La sénatrice Jaffer : Y a-t-il des différences entre les sexes?

Dr Richardson : C'est une bonne question, et je ne suis pas sûr qu'il existe des études sur le sujet. Toutefois, la grande partie des recherches sur la plupart des médicaments approuvés, c'est-à-dire les médicaments avec un numéro d'identification, ont été effectuées sur des hommes. Il y a certainement un manque de données probantes et de recherches sur les différences entre les sexes. C'est un bon point à soulever au début de nos recherches, car les résultats pourraient être très différents. Nous savons que l'alcool a des répercussions très différentes sur les femmes comparativement aux hommes, mais à ma connaissance, nous n'avons pas recueilli ce type de données pour le cannabis.

M. Walsh : Je crois qu'il peut aussi exister des différences entre les sexes dans les problèmes de stigmatisation que vous avez soulevés, car les femmes font peut-être l'objet d'une stigmatisation particulière lorsqu'elles consomment du cannabis, surtout lorsqu'il s'agit du rôle parental. Certaines recherches

might add an additional barrier to trying to access that cannabis medication.

To add to the stigma issue, our research with medical cannabis patients — and this is a few years old so I think that it's a fast-moving target — the stigma also extends to physicians who are reluctant to go against some of the provincial regulatory bodies and be perceived as endorsing a medication that doesn't have the kind of support they might want. What we've come across, anecdotally at least, is physicians recommending it but also being reluctant to recommend it officially. Instead, they are recommending it casually or deferring it to the illegal market.

Senator Jaffer: It's a real opportunity to have you here, Dr. Richardson, especially around PTSD. We as a committee have looked at this and have been preoccupied with it. Maybe not directly, all of us individually, with the horrible sad stories we hear. Do you think this will help? You did say that, but further, I would like you to expand on whether legalizing cannabis will make a difference for veterans suffering from PTSD.

Dr. Richardson: I think that's a very interesting question, because it's hard to know if legalizing would necessarily help individuals who have PTSD. Whether or not the evidence is there, for example, for Cesamet or nabilone, which is a medication that affects the endocannabinoid system in your brain, that has been demonstrated to decrease the frequency and severity of traumatic nightmares. We know there are other drugs that are legal and can help calm an individual, for example, alcohol. We know that when you drink, if you have social anxiety, it helps, but we don't recommend it as a treatment. There are things that might be helpful in terms of symptoms, but it's not necessarily treatment in the long term. I'm not convinced yet that the evidence is there for cannabis as a plant, but there is good, emerging evidence that there is something in this plant that has been around for a long time. In terms of the human brain, we have receptors for it where it has both good and bad impacts.

[*Translation*]

The Chair: Dr. Richardson, you have piqued my curiosity. Having worked in the insurance industry for some time, I am very familiar with the drug identification, or DIN, system. Did you not say that the system and the research are based on men only?

menées par notre groupe ont démontré l'existence d'attitudes particulières à l'égard du rôle parental et du cannabis qui pourraient représenter un obstacle supplémentaire à l'accès du cannabis thérapeutique.

Pour poursuivre avec la stigmatisation, nos recherches sur les patients qui utilisent du cannabis thérapeutique — ces recherches datent de quelques années, et je pense que c'est une situation qui évolue rapidement — démontrent que la stigmatisation touche également les médecins. En effet, certains d'entre eux hésitent à aller à l'encontre de certains organismes de réglementation provinciaux, car ils craignent qu'on considère qu'ils approuvent un médicament qui n'a pas le type de soutien souhaité. Nous avons observé, du moins de façon anecdotique, que certains médecins recommandent cette substance, mais qu'ils hésitent à la recommander officiellement. Ils la recommandent donc moins sérieusement ou comptent sur le marché illégal pour combler cette lacune.

La sénatrice Jaffer : Vous avez une bonne occasion, docteur Richardson, surtout en ce qui concerne le TSPT. Notre comité s'est penché sur la question et cela nous préoccupe. Peut-être pas directement, mais nous entendons tous des histoires très tristes. Croyez-vous que cela aidera? Vous avez dit que cela pourrait aider, mais j'aimerais que vous approfondissiez la question de savoir si la légalisation du cannabis fera une différence pour les anciens combattants qui souffrent d'un TSPT.

Dr Richardson : Je crois que c'est une question très intéressante, car il est difficile de savoir si la légalisation aidera nécessairement des personnes qui souffrent d'un TSPT. Par exemple, on a démontré que le Cesamet ou le nabilone, un médicament qui a des effets sur le système endocannabinoïde dans le cerveau, diminuait la fréquence et l'intensité des cauchemars traumatisants. Nous savons que d'autres médicaments légaux peuvent aider à calmer une personne, par exemple l'alcool. Nous savons que boire un verre peut aider des personnes qui souffrent d'anxiété sociale, mais nous ne recommandons pas ce traitement. Il y a des produits qui peuvent aider à soulager les symptômes, mais ce n'est pas nécessairement un traitement à long terme. Je ne suis pas encore convaincu qu'il y ait suffisamment de preuves liées aux effets de la plante de cannabis, mais de bonnes preuves émergentes indiquent qu'elle contient un ingrédient qui existe depuis longtemps. Cela signifie que le cerveau humain a des récepteurs pour cette substance et qu'elle a de bons et de mauvais effets sur le cerveau.

[*Français*]

Le président : Docteur Richardson, vous avez aiguisé ma curiosité. Pour avoir travaillé un certain temps dans le milieu des assurances, je connais bien le système de numéros d'identification d'un médicament (DIN). N'avez-vous pas dit que le système et la recherche sont faits en fonction uniquement du sexe masculin?

[*English*]

Dr. Richardson: I think that's a very good question. A lot of the current drugs that are approved by the FDA are often studied initially on men, so this is the average 70 kilogram male, and there is a lack of research on the specific effects of drugs on women. Currently, if you try to get studies published or if you are trying to get new medication, my understanding is that you have to also look at the gender aspect. Does that help answer your question?

[*Translation*]

The Chair: Yes. Since my work related to medications, I am very familiar with the DIN system. Yet I did not know that the DIN was based on research conducted on men only, hence my surprise. Thank you for your answer.

[*English*]

Senator McIntyre: Gentlemen, thank you for sharing your knowledge with the subcommittee on the state of research and knowledge on the use of cannabis for medical purposes. Your presentation is very interesting.

This is the second meeting. At the first meeting, Veterans Affairs Canada appeared before us to explain its reimbursement policy for cannabis for medical purposes. Veterans Affairs Canada informed us, as I recall, that the maximum reimbursement limit of 3 grams per day is based on studies showing that the average Canadian who uses cannabis for medical purposes consumes less than 3 grams per day. In your opinion, do veterans' physical and mental injuries require more or stronger medical cannabis compared with that used by the general population?

Dr. Richardson: I think that's a very important question, and I don't think we have an exact answer with regard to what is needed for a dose. Whether you're smoking cannabis or using edibles will also affect the number of grams that is required.

The challenge, from my perspective as a specialist, is that we don't see individuals who fully recover using cannabis because if you fully recover on something, you're not seeing a specialist within our clinical system. It's hard to know exactly whether 3 grams is ideal or fewer than 3 grams. As clinicians, we see individuals using lower doses of 1 to 2 grams to help them sleep, and they are reporting that it is helpful. For those on higher doses, we don't have the evidence as to whether or not it's been

[*Traduction*]

Dr Richardson : Je crois que c'est une très bonne question. Un grand nombre des médicaments qui sont actuellement approuvés par la FDA sont souvent étudiés initialement sur les hommes, et cela vise donc un homme moyen de 70 kilogrammes, mais il y a un manque de recherche sur les effets des médicaments sur les femmes. Actuellement, selon ce que je comprends, si vous tentez de faire publier des études ou d'obtenir de nouveaux médicaments, vous devez également étudier les différences entre les sexes. Cela répond-il à votre question?

[*Français*]

Le président : Oui. Pour avoir travaillé dans le milieu des médicaments, je connais bien le système de DIN. Toutefois, je ne savais pas que le DIN était uniquement en fonction des recherches du côté masculin, d'où ma surprise. Merci de votre réponse.

[*Traduction*]

Le sénateur McIntyre : Messieurs, je vous remercie de communiquer au sous-comité vos connaissances sur l'état de la recherche et des connaissances sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Votre exposé est très intéressant.

C'est la deuxième réunion. À la première réunion, les représentants d'Anciens Combattants Canada ont comparu devant nous pour expliquer la politique de remboursement pour le cannabis à des fins médicales. Les représentants d'Anciens Combattants Canada nous ont dit, si je me souviens bien, que le remboursement maximal de 3 grammes par jour se fonde sur des études qui démontrent que le Canadien moyen qui utilise du cannabis à des fins médicales consomme moins de 3 grammes par jour. À votre avis, les blessures physiques et mentales subies par les anciens combattants nécessitent-elles plus de cannabis thérapeutique ou du cannabis thérapeutique plus concentré que le cannabis utilisé par la population en général?

Dr Richardson : Je crois que c'est une question très importante, et je ne crois pas que nous ayons une réponse précise relativement à la quantité nécessaire pour calculer la dose appropriée. Et la façon de consommer le cannabis, par exemple en le fumant ou en le mangeant dans des produits comestibles, aura également des répercussions sur le nombre de grammes nécessaires.

À mon avis, en tant que spécialiste, le défi qui se pose, c'est que nous n'observons pas les patients qui se rétablissent complètement utiliser du cannabis, car les patients qui se rétablissent complètement ne consultent pas un spécialiste dans notre système de cliniques. Il est donc difficile de savoir si 3 grammes ou moins de 3 grammes représentent la dose idéale. Les cliniciens voient des gens qui utilisent des doses moins élevées de 1 à 2 grammes pour les aider à dormir, et ces patients

helpful. Some veterans are obviously reporting that the higher doses have been helpful, or it's what they have needed.

Senator McIntyre: Do you have data on the amount of cannabis generally used to relieve some medical conditions, and if so, what are they?

Dr. Richardson: Not on hand. I do not have any of that specific data.

Senator McIntyre: Are cannabis producers involved in the studies on the effects of cannabis for medical purposes?

Mr. Walsh: The study that is ongoing, which I lead and is hosted by UBC, is sponsored by Tilray, a licensed producer of cannabis. Other licensed producers are also engaged in a variety of different research.

Senator McIntyre: Wouldn't their involvement pose a risk of bias or conflict of interest?

Mr. Walsh: As is typical of pharmaceutical development, there is often an industry component. I don't think cannabis is different from other medications where the pharmaceutical industry sponsors the trial.

Senator McIntyre: Any other comments on that?

Dr. Richardson: I think it introduces the potential for bias, but it doesn't necessarily mean that there is a bias. In anything that would be published, if it's supported, it will be indicated in the publication.

Senator McIntyre: How do you think the legalization of recreational marijuana will affect veterans' use of medical marijuana?

Dr. Richardson: We don't know. However, I would assume that, like most things, once it becomes legalized, there will be an increased use. Whether or not veterans might be using it for medical purposes to treat symptoms, they might also be using it, as a lot of Canadians are using it, for recreational purposes. Some might find it helpful and some might not find it helpful.

Senator McIntyre: I'll rephrase the question: Do you anticipate that people could self-medicate using recreational cannabis without appropriate medical follow-up? If so, what would be the consequences of this phenomenon, in your opinion?

affirment que cela les aide. Nous n'avons pas de données sur les patients qui utilisent des doses plus élevées et si cela les aide ou non. Certains anciens combattants signalent manifestement que des doses plus élevées les aident ou que c'est ce dont ils ont besoin.

Le sénateur McIntyre : Avez-vous des données sur la quantité de cannabis habituellement utilisée pour soulager certains troubles médicaux, et si oui, quelles sont-elles?

Dr Richardson : Je n'en ai pas en main. Je n'ai pas ce type de données.

Le sénateur McIntyre : Les producteurs de cannabis participent-ils aux études sur les effets du cannabis à des fins médicales?

M. Walsh : L'étude en cours, que je dirige et qui est menée par l'Université de la Colombie-Britannique, est parrainée par Tilray, un producteur autorisé de cannabis. D'autres producteurs autorisés participent aussi à différentes recherches.

Le sénateur McIntyre : Leur participation ne présente-t-elle pas un risque de parti pris ou de conflit d'intérêts?

M. Walsh : L'industrie participe habituellement à l'élaboration d'un produit pharmaceutique. Je ne crois pas que le cannabis soit différent d'autres médicaments dont les essais sont parrainés par l'industrie pharmaceutique.

Le sénateur McIntyre : Avez-vous d'autres commentaires à formuler sur cette question?

Dr Richardson : Je crois qu'il y a un risque de parti pris, mais cela ne signifie pas nécessairement que ce sera le cas. Si les recherches sont parrainées, ce sera indiqué au moment de la publication.

Le sénateur McIntyre : À votre avis, comment la légalisation de la marijuana à des fins récréatives affectera-t-elle l'utilisation de la marijuana thérapeutique chez les anciens combattants?

Dr Richardson : Nous ne le savons pas. Toutefois, je présume que comme la plupart des substances, une fois qu'elle sera légale, son utilisation augmentera. Que les anciens combattants l'utilisent à des fins médicales pour traiter des symptômes ou non, ils pourraient également l'utiliser, comme un grand nombre de Canadiens, à des fins récréatives. Certains d'entre eux trouveront cette substance utile et d'autres non.

Le sénateur McIntyre : J'aimerais reformuler ma question. Pensez-vous que les gens pourraient s'automédicamenter avec du cannabis à des fins récréatives sans se prévaloir d'un suivi médical approprié? Si oui, quelles pourraient être les conséquences de ce phénomène, selon vous?

Dr. Richardson: As clinicians, our approach would be similar to alcohol. We know that many individuals will self-medicate with alcohol to help them sleep or to control if they are nervous or upset. I would assume that the approach will be very similar to legalized recreational cannabis. What is important is probably public education and information on safe use and the potential drawbacks of continuous use.

Dr Richardson : En tant que cliniciens, nous utiliserions une approche similaire à celle utilisée pour l'alcool. Nous savons que de nombreuses personnes s'automédicamentent avec l'alcool pour les aider à dormir ou à contrôler leur anxiété ou leurs émotions. Je présume qu'on utilisera une approche très similaire pour le cannabis à des fins récréatives légalisé. Le plus important, c'est probablement de sensibiliser la population et de diffuser des renseignements sur l'utilisation sécuritaire et sur les risques liés à l'utilisation continue.

Mr. Walsh: I think that legalization, to the extent that it reduces stigma, will bring people who are currently self-medicating but perhaps concerned about disclosing that to their physician into closer communication with their physician. It will be something that is a little easier to speak to your doctor about once it's generally legal.

M. Walsh : Je crois que la légalisation, dans la mesure où elle réduit la stigmatisation, permettra à des gens qui s'automédicamentent actuellement, mais qui craignent peut-être de divulguer cette information à leur médecin, d'avoir une meilleure communication avec ce dernier. En effet, il sera un peu plus facile de parler de cette substance à un médecin lorsqu'elle sera légale.

Senator Wallin: I want to go over some of the similar turf that has been discussed here. Last week, in our first assessment of this, we were trying to get at the question of how VAC decided to go from 10 grams to 3 grams, and all of you seemed to indicate that we still don't have good research on that. They cited one licensed producer who said that the average non-veteran patient uses 1.5 grams of medical marijuana compared to 4.6 for the veteran user. I don't know how relevant those statistics are. They were cited, so you might want to comment on that.

La sénatrice Wallin : J'aimerais aborder des enjeux semblables à ceux dont on a discuté aujourd'hui. La semaine dernière, lors de notre première évaluation, nous avons tenté de déterminer comment ACC avait décidé de passer de 10 grammes à 3 grammes, et vous avez tous semblé indiquer qu'il n'y avait toujours pas de recherches adéquates sur la question. On a cité un producteur autorisé qui affirme qu'un patient moyen qui n'est pas un ancien combattant utilise 1,5 gramme de marijuana médicale, alors qu'un ancien combattant utilise 4,6 grammes. Je ne sais pas dans quelle mesure ces statistiques sont pertinentes. Elles ont été citées, et vous souhaitez donc peut-être formuler des commentaires sur la question.

When we're talking about 3 grams versus 10, that's a huge difference. Can any of you give us some indication of what state — and I know this varies with individuals — a person might be in emotionally or physically, their ability to function, if they are on 10 grams versus 3? I raise part of that because it comes back to your question about driving and engaging in other activities because this is a crucial point in the legalization of recreational marijuana. If we can look at it through the vet perspective, that may give us some insight on the other.

Il y a une énorme différence entre 3 grammes et 10 grammes. Pouvez-vous nous donner une idée de l'état dans lequel — et je sais que cela varie selon les personnes — une personne peut se trouver sur le plan émotionnel ou physique si elle consomme 10 grammes plutôt que 3 grammes, et quelle sera sa capacité de fonctionner? Je soulève ce point en partie parce que cela revient à votre question sur la conduite et d'autres activités, car c'est un point extrêmement important de la légalisation de la marijuana à des fins récréatives. Si nous pouvons aborder la question sous l'angle de l'ancien combattant, cela pourrait nous donner une idée de l'autre cas.

Mr. Pedlar: I'll stay aside from setting 3 grams or 10 grams. Maybe there are general ideas that can provide guidance. One was that higher use is associated with higher risk. Therefore, I guess the thoughts would be caution and compassion. While I can't say that 3 grams is better than 10 grams, you could say that given those issues, it could be scientifically justified that you might want to have a specialist engagement in having higher levels, however those are defined. At least around the parameters of reduction, there would be justification for doing so.

M. Pedlar : Je m'abstiendrai de fixer une limite de 3 grammes ou de 10 grammes. Quelques idées générales peuvent peut-être orienter la discussion. L'une d'entre elles, c'est qu'une utilisation plus élevée est liée à un risque plus élevé. Ainsi, je présume qu'on pense à la prudence et à la compassion. Même si je ne peux pas affirmer que 3 grammes sont préférables à 10 grammes, vous pourriez dire qu'étant donné ces enjeux, il pourrait être justifié, sur le plan scientifique, de faire appel à un spécialiste pour fixer des limites, peu importe lesquelles. Il serait justifié de faire cela, du moins en ce qui concerne les paramètres de réduction.

Senator Wallin: Is 3 grams too low for the reimbursement bar?

Mr. Pedlar: Because the levels are arbitrary, I can only give general direction on the decision. There is a justification for the direction of the decision. Most people would say 10 grams is a lot, and some people would say 3 grams is still pretty high compared to averages, and so they were stuck with this probably unenviable situation of trying to set limits when there is no clear foundation about how to set those limits. That would be a clear policy struggle that they faced, and that's where that came up.

Dr. Richardson: Following the same line of compassion and also caution, it's very hard to pinpoint a specific maximum dose. In general, when we're prescribing a medication, whether it's an antidepressant or a blood pressure medication, there is what we call a therapeutic window, which means there is a dose that within this range will work for the average individual for that condition. However, there are some individuals who, because of the way they are metabolizing the drug in their liver or the severity of their symptoms or the makeup of their brain, may require a higher dose, and there are some individuals who require a very small dose because they don't metabolize medication or a drug well.

The challenge with cannabis is finding a specific gram because it's a complicated drug from a plant as opposed to something that is quite specific with a mix. I think as Dr. Pedlar alluded to, with anything, as you go up, there will be a ceiling effect, meaning that you are no longer getting a potential benefit but you are getting a higher risk of developing side effects. That would be very common in terms of pharmacology. It's always that balance: If we go beyond whatever the number is finally decided, you're going to have more side effects, and do they outweigh the risk? That's always a challenge. As was already discussed, hopefully the individual who is using would feel comfortable discussing it with their care provider so they can both get an informed decision.

Senator Wallin: It comes up for the reason — I said it before and I do want to hear you on that question — that if and when it is legalized, you will have people probably self-medicating and getting the 3 grams that's funded but maybe buying other stuff on the black market or in a legal store that has a totally different composition and may have different kinds of ingredients in it. There is the impact of mixing and of self-medicating. To me, I'm not sure I want to be on a highway with somebody who has ingested, in some form or another, 10 grams of marijuana.

La sénatrice Wallin : Une quantité de 3 grammes est-elle trop faible pour le seuil de remboursement?

M. Pedlar : Étant donné que les niveaux sont arbitraires, je peux seulement donner une idée générale pour la décision. La décision peut être justifiée. Pour la plupart des gens, 10 grammes représentent une grande quantité, et pour d'autres, 3 grammes représentent toujours une quantité assez élevée comparativement à la moyenne. Nous sommes donc dans cette situation probablement peu enviable dans laquelle il faut tenter de fixer des limites lorsqu'il n'y a aucun fondement précis sur la façon de fixer ces limites. Il y avait donc un problème de politique évident, et c'est à ce moment-là que la question a été soulevée.

Dr Richardson : Pour rester dans l'idée de la compassion et de la prudence, il est très difficile de préciser une dose maximale. En général, lorsque nous prescrivons un médicament, qu'il s'agisse d'un antidépresseur ou d'un médicament pour la pression artérielle, il y a ce que nous appelons une marge thérapeutique, ce qui signifie qu'il existe une certaine dose qui fonctionnera pour une personne moyenne qui souffre d'un problème de santé donné. Toutefois, certaines personnes pourraient avoir besoin d'une dose plus élevée en raison de la façon dont leur foie métabolise le médicament ou en raison de la gravité de leurs symptômes ou de la configuration de leur cerveau, mais d'autres personnes n'ont besoin que d'une très petite dose, car elles métabolisent mal un médicament.

Le défi, dans le cas du cannabis, consiste à fixer une quantité précise en grammes, car c'est un médicament complexe qui provient d'une plante, comparativement à un produit formé d'un mélange très précis de substances. Je crois que, comme M. Pedlar l'a dit, si on augmente la limite de toute substance, il y aura un effet de plafonnement, ce qui signifie qu'on n'obtient plus de bienfaits potentiels, mais qu'on court un risque plus élevé de développer des effets secondaires. C'est un phénomène très commun en pharmacologie. Il faut toujours atteindre un équilibre. En effet, si on dépasse la limite fixée, il y aura davantage d'effets secondaires, et il faudra alors se demander si ces effets l'emportent sur les risques. C'est toujours un défi. Comme on l'a déjà dit, on espère que la personne qui utilise la substance ne craint pas d'en parler avec son fournisseur de soins, afin que les deux parties puissent prendre une décision éclairée.

La sénatrice Wallin : Voilà pourquoi je pose la question : je l'ai dit et je tiens à connaître votre opinion, mais, après la légalisation, peut-être que des consommateurs se procureront-ils, pour leur automédication, les 3 grammes financés, mais qu'ils achèteront d'autres produits, sur le marché noir ou dans un débit autorisé par la loi, à la composition complètement différente. L'automédication et le mélange de produits ont des conséquences. Je ne suis pas certaine de vouloir croiser un conducteur qui aura ingéré, sous une forme ou une autre, 10 grammes de marijuana.

Mr. Walsh: Those are very good points. One thing that is important to consider with cannabis as a medicine is there is a substantial level of tolerance that develops, and cannabis is notable in the sense that tolerance comes and goes rapidly. You can develop tolerance quite quickly and you can lose that tolerance quickly as well. If veterans are using regular high levels of cannabis, the effects of 10 grams would be very different from a naive user or someone unused to cannabis using 10 grams a day.

In my experience, there is a great variety of styles of use, even amongst people using it for the same condition, for PTSD. One veteran may take a few puffs before bed to help suppress dreams, and that may take less than a gram or half a gram a day. Someone who is also suffering from chronic pain may want to feel the effects throughout the day and may require a higher dose. If that person is using it throughout the day to address chronic pain, they may develop a tolerance that requires greater doses to aid in sleep. Tolerance is a big issue, and 10 grams, or even 2 or 3 grams for an experienced user, can have the same effects as just a few puffs for someone who is naive. Reasons for use and tolerance can be big factors there.

The other thing about a daily limit is that it can vary from day to day. If someone is having a particularly bad day, they may use much more than on a relatively good day and may not want to be in a situation where they don't want to use their week's cannabis in one day if they are having a bad day. A 10 gram per day limit does not necessarily mean 10 grams every day. There is something called self-titrating that's quite common with cannabis where people use to the point that they feel the effects they require to control their symptoms.

I hope that addresses some of that.

Senator Wallin: It affects the other debate we are all involved in on Bill C-45 and Bill C-46. Given the motor impairments that occur and the addictions, how do we decide if a medical marijuana user, a vet in particular, should not be denied the right to drive or participate in other activities? And I agree there are already enough punishments. How do we decide? What will we do? The police pull them over on the side of the road, and they say, "Yes, I'm impaired, but I'm a vet." Realistically, how can we make this work?

Mr. Walsh: There are procedures in place for medications like antihistamines, benzodiazepines and opioids, all of which have a similar level of impairment to cannabis amongst medical use.

M. Walsh : Très juste. Il faut se rappeler que la consommation de cannabis thérapeutique crée rapidement une forte tolérance, qui disparaît rapidement aussi, ce qui est une caractéristique du produit. Les effets de 10 grammes ressentis par l'ancien combattant qui en consomme régulièrement beaucoup différeront beaucoup de ceux que ressentira la personne qui en consomme pour la première fois ou qui n'est pas un consommateur invétéré de 10 grammes par jour.

À ma connaissance, l'usage diffère beaucoup, même chez les personnes qui combattent le même état pathologique, le syndrome de stress post-traumatique. L'ancien combattant qui tire quelques touches avant d'aller dormir pour prévenir les cauchemars peut en absorber moins d'un gramme ou d'un demi-gramme par jour. Quelqu'un qui éprouve des douleurs chroniques pourra rechercher un effet qui dure toute la journée, grâce à une dose plus forte, qui peut lui faire acquérir une tolérance exigeant de plus fortes doses pour favoriser le sommeil. La tolérance est un enjeu important, et 10 grammes ou même 2 ou 3 grammes peuvent produire chez le consommateur invétéré le même effet que quelques touches chez le consommateur non habitué. Les motifs pour lesquels on en consomme et la tolérance peuvent être d'importants facteurs.

Ensuite, la limite journalière peut varier d'une journée à l'autre. Pendant une journée particulièrement mauvaise, la consommation peut être beaucoup plus forte que pendant une journée relativement bonne, et la personne peut ne pas vouloir se trouver dans une situation dans laquelle elle ne veut pas consommer sa quantité hebdomadaire de cannabis en une seule journée, si elle traverse une mauvaise journée. La limite quotidienne de 10 grammes n'équivaut pas nécessairement à cette consommation tous les jours. Il arrive souvent à des consommateurs de consommer la quantité de cannabis qui leur fera ressentir les effets recherchés pour maîtriser les symptômes dont ils souffrent.

J'espère que cela répond au moins en partie à votre question.

La sénatrice Wallin : Cela touche l'autre débat auquel nous participons tous, sur les projets de loi C-45 et C-46. Étant donné les troubles moteurs qui se manifestent et les dépendances, comment décider si le consommateur de cannabis thérapeutique, l'ancien combattant notamment, ne devrait pas se faire refuser le droit de conduire ou de participer à d'autres activités? D'accord : il y a déjà assez de punitions. Comment décidons-nous? Que ferons-nous? À la police qui l'arrête à un contrôle routier, il avouera avoir les facultés affaiblies, mais en ajoutant qu'il est un ancien combattant. Quelle est la solution réaliste pour que cela fonctionne?

M. Walsh : Des procédures sont déjà en place pour les médicaments comme les antihistaminiques, les benzodiazépines et les opioïdes, qui affaiblissent tous les capacités à un degré

It's also worth noting that research has shown that medical cannabis users perform better on tasks that require complex mental functioning when properly medicated rather than when they are suffering from their symptoms. It's not relative to a perfect situation; rather, it's relative to a situation where they may be impaired from their symptoms without their medication.

We have ways of dealing with impairment that comes from medications, and I think cannabis can fit within that framework. The level of impairment in driving, while substantial, is nothing like what we see with alcohol. I think we should be using analogies from other medications rather than analogies from alcohol when we consider road safety.

Senator Wallin: Do we actually know that?

Mr. Walsh: The best evidence suggests that cannabis impairment behind the wheel is more similar to things like antihistamines, benzodiazepines and opioids — perhaps less than benzodiazepines like Valium — than it is like alcohol.

Dr. Richardson: The challenges that might occur with cannabis at the higher doses are that it's hard to be sure exactly what they are taking because there are multiple different brands and strains —

Senator Wallin: Especially if you mix.

Dr. Richardson: — which might be different than when you compare it to opiates or pain medication, antihistamines or benzodiazepines. If an individual says they are taking X amount of those, we know for the most part that is the number of grams and we can study the effect on the human body for that amount. It is more of a challenge when its cannabis, whether recreational or not.

Mr. Pedlar: I don't have much to add, but I will say that if we are talking more generally than just veterans, we might be looking at more seniors who are veterans as well using cannabis for medicinal and recreational purposes. From the seniors' point of view, because we are talking about multiple medications, we may also want to scope the issues of cannabis use in the context of polypharmacy as well. I wanted to add that to the discussion.

[*Translation*]

The Chair: Mr. Pedlar, I have a supplementary question for you. Once the bill is passed, might veterans be tempted to use their medical marijuana in combination with what is available on the illegal market? Would that not be dangerous?

semblable à celui du cannabis chez les consommateurs du produit thérapeutique.

À noter aussi que la recherche a montré que les consommateurs de la bonne dose de cannabis thérapeutique s'acquittent mieux de tâches qui exigent des opérations mentales complexes que lorsqu'ils leurs symptômes les font souffrir. La comparaison ne porte pas sur une situation parfaite, mais sur une situation où leurs symptômes, faute du médicament, pourraient les handicaper.

Il existe des façons éprouvées de combattre la perte des capacités causée par les médicaments, et je pense que le cannabis peut s'y prêter. L'affaiblissement des capacités des conducteurs, même important, ne se compare pas à celui que cause l'alcool. Pour la sécurité routière, nos comparaisons devraient porter sur d'autres médicaments plutôt que sur l'alcool.

La sénatrice Wallin : Nous le savons vraiment?

M. Walsh : D'après les meilleures études, l'affaiblissement des capacités par le cannabis, chez les conducteurs, ressemble davantage aux effets de substances comme les antihistaminiques, les benzodiazépines et les opioïdes — peut-être moins que les benzodiazépines comme le Valium — qu'à ceux de substances comme l'alcool.

Dr Richardson : Les problèmes que pourrait présenter le cannabis à fortes doses sont qu'il est difficile de savoir exactement ce qu'ils consomment, en raison de la multitude des marques et des souches…

La sénatrice Wallin : Particulièrement si on les mélange.

Dr Richardson : … ce qui présente une situation qui risque d'être différente de celle des opiacés ou des analgésiques, des antihistaminiques ou des benzodiazépines. Si quelqu'un dit prendre telle quantité de telle substance, nous savons que c'est en grande partie la quantité effectivement absorbée et nous pouvons en étudier l'effet sur l'organisme humain. C'est plus difficile avec le cannabis, consommé ou non à des fins récréatives.

M. Pedlar : Je n'ai pas grand-chose à ajouter, si ce n'est que, si nous ne nous limitons pas aux anciens combattants, nous pourrions englober plus de personnes âgées qui sont des anciens combattants et des consommateurs de cannabis à des fins médicales et récréatives. Comme cette clientèle prend beaucoup de médicaments différents, nous pouvons aussi vouloir viser les problèmes posés par le cannabis dans le contexte de la polypharmacie. Je tenais à le signaler.

[*Français*]

Le président : J'aimerais, monsieur Pedlar, vous poser une question complémentaire. Les anciens combattants pourraient-ils être tentés, après l'adoption du projet de loi, d'utiliser une combinaison de leur cannabis prescrit et de celui qui sera

[*English*]

Mr. Pedlar: I don't feel I have enough background to answer that question well. I don't know if my colleagues would be able to.

[*Translation*]

The Chair: Dr. Richardson or Mr. Walsh, do you not think that, once the bill is passed, it could be dangerous to combine two types of cannabis? A veteran might be tempted to add a few grams from the illegal market to the 3 grams to which they are entitled. Would it not be dangerous to use two different types of cannabis? They might not be the same.

[*English*]

Dr. Richardson: The potential is always there that if you are going to be mixing and increasing — if you're normally taking 3 grams but then decide to take more and buy it on the streets, I would assume that can and should be studied. That might be occurring already, and that might be an area that warrants further study.

Mr. Walsh: One of the potential benefits we may see with legalization is that there will be more access to well-characterized cannabis so that if veterans are accessing outside of the program, they are able to know exactly what they are getting. Right now, as you say, if they are getting cannabis from the illicit market, it's hard to know what is there. Legalization might reduce some of those risks associated with accessing illicit-market cannabis.

[*Translation*]

The Chair: That is assuming that they buy it from authorized sales points, because there will always be street cannabis available, which will certainly be less expensive and tax-free.

To your knowledge, Dr. Richardson, have veterans stopped using cannabis in favour of antidepressants?

[*English*]

Dr. Richardson: In my clinical experience, I've had lots of evidence of veterans who have discontinued cannabis use, whether for medical and recreational purposes, and have been able to respond well to pharmacotherapy, including antidepressants. My colleagues and I have had lots of evidence of veterans who were able to effectively decrease their use of cannabis and demonstrate a positive response but who continued

disponible sur le marché illicite? Est-ce que ce ne serait pas dangereux?

[*Traduction*]

M. Pedlar : Je pense ne pas être assez renseigné pour bien répondre. J'ignore si mes collègues pourront répondre à la question.

[*Français*]

Le président : Docteur Richardson ou monsieur Walsh, ne pensez-vous pas que, après l'adoption du projet de loi, le fait de combiner les deux sortes de cannabis pourrait être dangereux? Un ancien combattant pourrait être tenté d'ajouter aux 3 grammes auxquels il a droit quelques grammes trouvés sur le marché illégal. Est-ce que ce ne serait pas dangereux d'utiliser deux sortes de cannabis différents? Ce n'est peut-être pas la même chose.

[*Traduction*]

Dr Richardson : La possibilité existe toujours de mélanger les produits et d'augmenter les doses — si, normalement, quelqu'un consomme 3 grammes, puis décide d'en prendre plus et de s'en procurer dans la rue, je suppose qu'on peut étudier ce phénomène et qu'on le devrait. Le phénomène pourrait déjà se produire, et il mérite d'être étudié plus en profondeur.

M. Walsh : L'un des avantages possibles de la légalisation est qu'il sera plus facile de se procurer du cannabis aux caractéristiques bien établies, ce qui permettra aux anciens combattants qui s'en procurent à l'extérieur du programme de savoir exactement ce qu'ils obtiennent. Actuellement, comme vous dites, ils se fournissent sur le marché illégal, et il est difficile de savoir ce qu'on y trouve. La légalisation pourrait réduire certains de ces risques liés au cannabis du marché noir.

[*Français*]

Le président : Tout cela en autant qu'ils l'achètent à des points de vente autorisés, car il y aura toujours du cannabis à vendre dans la rue et qui sera sûrement moins cher et exempt de taxe.

Docteur Richardson, à votre connaissance, est-ce que des anciens combattants ont cessé d'utiliser du cannabis afin d'utiliser plutôt des antidépresseurs?

[*Traduction*]

Dr Richardson : Dans mon expérience clinique, beaucoup d'anciens combattants ont cessé de consommer le cannabis, que ce soit à des fins médicales ou récréatives, et ils ont pu bien réagir à la pharmacothérapie, notamment aux antidépresseurs. Mes collègues et moi avons beaucoup d'exemples d'anciens combattants qui ont réussi à diminuer leur consommation de cannabis, en améliorant leur état, mais qui ont continué d'en

to use a much lower dose in addition to treating their depression and PTSD with medication and talking therapy.

[*Translation*]

The Chair: Thank you.

[*English*]

Senator Griffin: Mr. Walsh, what about long-term use of medical marijuana? Does it become less effective over time?

Mr. Walsh: At least as far as we know, the tolerance that impacts the effectiveness of cannabis develops quite quickly. Most patients, in my experience, find their dose and are able to stay there. Particularly, they want to stay there and want to find the effective strain, which has been an issue. Once they find their spot, most people are able to stay there.

The hope is that, in the long term, using cannabis to reduce symptoms can help veterans engage in some of the talk and behavioural therapies that are associated with a cure to PTSD as opposed to the symptom management that cannabis brings.

Some of the best hope is that cannabis can perhaps help with sleep and some of the factors that make it difficult to engage in those behaviour therapies, because they are difficult to engage in. They often involve reliving the trauma, and they can make things a little worse before they get better. Having the supports there to help with long-term healing is one of the potentials. But for some, it will be long-term use to manage symptoms.

Senator Griffin: If someone were using recreational marijuana, would they achieve the same result as they would with medical marijuana? Will they achieve the same result in terms of allaying symptoms and helping them with other treatments?

Mr. Walsh: The cannabis itself is usually the same. The medical marijuana is more carefully characterized and should be cleaner and held to a variety of specifications, but the substance itself is generally similar. Medical versus recreational can refer to people's authorization and motivations, but it does not necessarily refer to the quality or characteristics of the cannabis.

Senator Griffin: Dr. Pedlar, you mentioned the risk of overdose. Do you mean that could happen or does currently happen with cannabis alone, or is it more generally when it's mixed with alcohol and other drugs besides marijuana?

consommer à des doses beaucoup plus faibles tout en traitant leur dépression et leur syndrome de stress post-traumatique par des médicaments et par une thérapie axée sur la conversation.

[*Français*]

Le président : Merci.

[*Traduction*]

La sénatrice Griffin : Monsieur Walsh, qu'en est-il de l'utilisation à long terme de la marijuana thérapeutique? Devient-elle moins efficace au fil du temps?

M. Walsh : Autant que nous sachions, du moins, la tolérance qui influe sur l'efficacité du cannabis s'acquiert très rapidement. À ma connaissance, la plupart des patients trouvent la dose qui leur convient et peuvent s'y tenir. Ils veulent notamment rester à cette dose et trouver la souche efficace, ce qui a été une difficulté. Une fois le point idéal trouvé, la plupart sont capables d'y rester.

L'espoir est que, à long terme, le cannabis réduira les symptômes, ce qui aidera les anciens combattants à entreprendre des thérapies axées sur la conversation et des thérapies comportementales associées à un traitement du syndrome de stress post-traumatique, par opposition au soulagement des symptômes que procure le cannabis.

Certains des plus grands espoirs sont que le cannabis puisse favoriser la qualité du sommeil et la résorption de certains des facteurs qui rendent difficiles les thérapies comportementales. Ces thérapies exigent souvent de revivre le traumatisme et elles peuvent aggraver un peu l'état avant de l'améliorer. Bénéficier des appuis nécessaires à la guérison à long terme est l'une des possibilités. Toutefois, pour certains, pour soulager les symptômes, il faudra utiliser le produit longtemps.

La sénatrice Griffin : La marijuana consommée à des fins récréatives donnerait-elle les mêmes résultats que la marijuana thérapeutique dans l'apaisement des symptômes et l'aide à d'autres traitements?

M. Walsh : Le cannabis, en soi, ne varie habituellement pas. On caractérise la marijuana thérapeutique avec plus de soins. Elle devrait être plus pure et répondre à diverses caractéristiques, mais la substance, en soi, est en général semblable. La consommation à des fins médicales plutôt que récréatives peut correspondre aux autorisations de consommation et aux motivations des consommateurs, mais elle ne concerne pas nécessairement la qualité ou les caractéristiques du cannabis.

La sénatrice Griffin : Monsieur Pedlar, vous avez parlé du risque de surdose. Vouliez-vous dire que le cannabis consommé seul pourrait la causer ou la cause actuellement ou qu'il la cause plus généralement quand on consomme avec lui de l'alcool et d'autres médicaments?

Mr. Pedlar: I will probably defer some of this to my clinical colleagues. My knowledge in this area comes from reading and also from the contact I have with the emergency physician community. They commonly see overdose issues come into their space on a regular basis — perhaps on a daily basis. The accounts I'm aware of often involve the way it has been used. For example, if it is ingested, it's much harder to keep track of how dose has been impacting your well-being. I have heard a number of quite scary stories around overdoses from people who are either innocently experimenting with it or using medical cannabis.

Mr. Walsh: To clarify what we mean by overdose with cannabis, the colloquial term is "greening out." It's a very unpleasant experience that lasts for several hours and is characterized by anxiety and sometimes nausea, but not long-term damage the way we see with overdose of many other medications. Fortunately, there are not cannabinoid receptors in the areas of the brain responsible for breathing so the issue that we see with the opioid epidemic and the terrible number of overdoses is something that we can't expect to see with cannabis. An overdose, while unpleasant, usually doesn't have long-term negative effects.

Senator Richards: This is not a statement — it might sound like a statement — but I grew up in a drug culture. There is the idea that this is going to be uniform and that there's going to be a kind of uniform reaction. Everyone has a different reaction to taking these drugs. Someone might take them and feel fine and great; others become isolated and paranoid. I'm sure you all experienced that and know that.

I am not at all worried about people having cannabis and taking it to go to bed and relieve the nightmares and the horror of post-traumatic stress. Who would be against that? But I'm worried about the long-term effects and mixing it with alcohol. I know how every party starts and every party ends. A lot of times, they don't end well. You start off thinking you're going to have a few tokes and a few things, and, three days later, you're still drunk and high. I have experienced that, and so have many of my friends.

Is this, in the long-run, going to help these guys? Is this really going to help these guys, or is this going to be just another problem that we're creating with this? Somebody's going to take 3 grams of marijuana, and then they're going say, "Well, that's not working. I can go down to the local marijuana bootlegger and get 3 or 4 more because we're having a party."

You have a set of criteria and rules here. I'm not sure everyone's going to follow them. That's all. I'm not at all saying that this isn't going to work for some people. I'm just wondering if it's going to work for the vast majority of people.

M. Pedlar : Je laisserai à mes collègues cliniciens le soin de répondre à une partie de la question. Mes connaissances du domaine proviennent de mes lectures et de mes contacts avec des urgentistes. Ils en traitent régulièrement, peut-être quotidiennement, des cas. Les comptes rendus dont j'ai pris connaissance mettent souvent en cause la voie d'administration. Par exemple, la voie orale rend beaucoup plus difficile le suivi des conséquences de la dose sur la santé du patient. J'ai entendu un certain nombre d'histoires d'horreur sur des surdoses subies par des consommateurs qui expérimentaient innocemment la substance ou qui utilisaient du cannabis thérapeutique.

M. Walsh : Il faut préciser ce qu'on entend par surdose de cannabis : une expérience déplaisante qui dure plusieurs heures et qui se caractérise par de l'anxiété parfois accompagnée de nausées, mais qui ne cause pas de dégâts à long terme, comme les surdoses d'autres médicaments. Heureusement, les parties du cerveau commandant la respiration sont dépourvues de récepteurs des cannabinoïdes, ce qui nous épargne le problème que nous constatons avec l'épidémie d'opioïdes et le nombre effarant de surdoses. La surdose de cannabis, même si elle est déplaisante, n'a pas de conséquences négatives à long terme.

Le sénateur Richards : Ce que je vais dire pourra ressembler à une déclaration, mais ce n'en est pas une : j'ai grandi dans une culture de la drogue. Il s'est imposé une idée selon laquelle tout sera uniforme, y compris la réaction. Chacun réagit différemment à ces drogues. Certains peuvent en prendre et se sentir bien, en pleine forme; d'autres vont ensuite s'isoler et devenir paranoïdes. Je suis sûr que vous le savez tous, l'ayant tous vécu.

Je ne crains absolument rien pour les consommateurs de cannabis qui en consomment avant d'aller se coucher pour prévenir les cauchemars et combattre l'horreur du stress post-traumatique. Qui s'y opposerait? Par contre, je m'inquiète pour les effets à long terme et la consommation avec l'alcool. Je sais comment une fête débute et comment elle se termine. Souvent, cela se termine mal. Au début, on pense prendre quelques bouffées et quelques autres produits, mais, trois jours plus tard, on est encore ivre et défoncé. Je l'ai vécu, et beaucoup de mes amis aussi.

Est-ce que, à long terme, cela aidera ces patients? Ou bien est-ce que nous créons simplement un autre problème? Certains prendront 3 grammes de marijuana, puis voyant l'absence d'effet, iront s'en procurer 3 ou 4 autres grammes chez le revendeur local, pour poursuivre la fête.

Nous avons un ensemble de critères et de règles. Je ne suis pas sûr que tous les suivront. C'est tout. Je ne dis pas que cela ne donnera pas de résultats pour certains. Je me demande seulement si ce sera efficace pour l'immense majorité des consommateurs.

Dr. Richardson: As a general statement, I think that is how we would like to approach it. We currently have today effective treatments to treat PTSD, including military-related PTSD, depression, anxiety and other operational stress injuries that do not involve cannabis. I think that message needs to be promoted. However, we know that military-related or combat-related PTSD, as I mentioned already, doesn't respond as well to treatment, whether it's talking therapy, the psychotherapy, or the list of other medications. There is a desperate need to find more effective treatments.

However, in a clinical approach, an approach that I would find for veterans and their families and their caregivers is somebody that they can trust, with whom they can discuss: What are the options? Have I tried treatments that I know are helpful? There has been lots of news on the benefits of exercise for depression and anxiety, which has minimal side effects. Then there is the talking therapy. There's medication. If you've tried what we know has been demonstrated to help but isn't working for you, then what can you go to as your next step? That's the approach I try to work with.

Senator Richards: Thank you very much. I am not faulting this. I am just worried about it. That is all. The idea that this is just an isolated drug is not the case. It's a companion drug to every other drug around. It has always been a companion drug. I have grown up with this since I was 14. Marijuana and alcohol have been at every party I was ever at, and they're mixed together continuously. I'm just thinking that it would be good if this were the case and your theories were true, and I wish they were. But I just see problems arising out of this, over the next few years. That's all.

Mr. Walsh: If I can speak to the statements about them being used together, I agree that co-use of cannabis and alcohol is problematic. In our research, at least with students at UBC, where we've asked them about their co-use of cannabis and alcohol, many have said that cannabis helps them to drink less alcohol and drink more slowly, that it doesn't motivate increased alcohol consumption. What we have seen in comparisons of U.S. states with and without medical cannabis laws is that, in those states with medical cannabis laws, there have been reductions in traffic accidents that they relate to reduced alcohol consumption on the road. Some initial evidence from Colorado shows decreasing alcohol sales together with increasing cannabis.

I agree that if cannabis is stacked on top of other substances, it is a problem. If it is used instead of, then we can compare the relative benefits and harms. Perhaps we see some public health savings. We've certainly seen that again in the states, where we see reduced opioid overdose in medical cannabis states.

Dr Richardson : En général, je pense que c'est ainsi que nous voudrions aborder le problème. Aujourd'hui, nous disposons de traitements efficaces pour le syndrome de stress post-traumatique, notamment celui des militaires, la dépression, l'anxiété et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel, qui ne font pas appel au cannabis. Je pense qu'il faut communiquer ce message. Cependant, nous savons que le syndrome de stress post-traumatique des militaires ou des combats réagit mal au traitement, comme je l'ai dit, que ce soit la thérapie axée sur la conversation, la psychothérapie ou la liste d'autres médicaments. Le besoin de traitements plus efficaces est extrême.

Toutefois, dans une démarche clinique pour les vétérans, leurs familles et leurs aidants, je trouverais quelqu'un qui leur inspire confiance, avec qui ils peuvent discuter. Quelles sont les options? Ai-je essayé les traitements que je sais efficaces? Les bienfaits de l'exercice contre la dépression et l'anxiété, qui a des effets secondaires minimes, ont défrayé la manchette. Ensuite, il y a la thérapie axée sur la conversation. Il y a des médicaments. Si vous avez essayé quelque chose dont l'efficacité est démontrée, mais pas pour vous, quelle peut être la suite pour vous? J'essaierais cette démarche.

Le sénateur Richards : Merci beaucoup. Je ne critique pas. Je suis seulement inquiet. C'est tout. L'idée qu'il s'agit seulement d'une drogue isolée est fausse. Elle accompagne toutes les autres qui circulent. Cela a toujours été sa nature. J'ai grandi avec depuis mes 14 ans. La marijuana et l'alcool étaient consommés dans toutes les fêtes auxquelles j'ai participé, et on les mélange toujours. Je pense seulement qu'il serait agréable que cette idée et vos théories soient vraies, et je le souhaite, mais je prévois seulement des problèmes, dans les prochaines années. C'est tout.

M. Walsh : Si je peux parler de ce qu'on dit sur la consommation de cannabis et d'alcool ensemble, je suis d'accord pour dire que cela peut causer des problèmes. Dans notre recherche, du moins avec les étudiants de l'Université de la Colombie-Britannique que nous avons interrogés sur cette consommation, beaucoup ont dit que le cannabis les aidait à boire moins d'alcool et à le boire plus lentement, qu'il ne motivait pas la consommation accrue d'alcool. Dans des comparaisons établies entre les États américains qui se sont donné des lois sur le cannabis thérapeutique et ceux sans de telles lois, on a observé, dans les premiers, une réduction du nombre d'accidents de la route, attribuable à la réduction de la consommation d'alcool au volant. De premières constations faites au Colorado montrent une diminution des ventes d'alcool en même temps qu'une augmentation de celles de cannabis.

D'accord, si le cannabis s'ajoute à d'autres substances, cela pose un problème. S'il remplace ces substances, cela permet ensuite de comparer les avantages et les inconvénients relatifs. Peut-être voyons-nous des économies sur le plan de la santé publique. Nous l'avons certainement constaté dans les États

Senator Richards: Thank you.

[*Translation*]

The Chair: Before we begin the second round, I have a question for our three witnesses. Do you know if cannabis use by veterans has led to it being used by other members of their family?

[*English*]

Dr. Richardson: That is a fascinating question. I'm not sure that I know whether or not other family members are also using, but I think it is a potential concern. However, they might already have been using as a couple, which is not that uncommon. I don't think we have research on that. I think I've mentioned the benefits of not only researching the individual but also the family to see the potential benefits and impacts.

[*Translation*]

The Chair: You and I both know that if there is cannabis in the home, teenagers and spouses might say that, if mom or dad is using cannabis, then so can I.

[*English*]

Mr. Walsh: I think it will be very important to develop materials for helping people to discuss cannabis use with their children, especially if they're using medically. There already are some materials out there. We see people using alcohol around their children. Certainly, they wouldn't want their children to be using alcohol. It is the same with opioid pain medication. I think we can send clear messages around this being something that is for adults and not for children.

Again, I think that reducing stigma leads to open conversation. Now, I think many parents do a poor job of hiding their cannabis use from their children, and children learn the message that cannabis use is something that you hide rather than something that is discussed openly with parents. I hope that that open discussion can lead us to a situation as we have with alcohol and other drugs.

Senator Jaffer: What you have had to say has been very interesting. Now, I'm going to ask you to do a little bit of crystal balling because we are all in territories that, for most of us, are new ground.

américains où le nombre de surdoses causées par les opioïdes a diminué, les États autorisant le cannabis thérapeutique.

Le sénateur Richards : Merci.

[*Français*]

Le président : Avant de passer à la deuxième ronde, j'aurais une question pour nos trois invités. Êtes-vous en mesure de nous dire si l'usage du cannabis chez les anciens combattants a entraîné son usage par d'autres membres de la famille qui les côtoient?

[*Traduction*]

Dr Richardson : C'est une question fascinante. Je ne suis pas sûr de savoir si d'autres membres de la famille en consomment aussi, mais ce pourrait être inquiétant. Cependant, la consommation pourrait remonter au couple, ce qui n'est pas si rare. Je ne crois pas que de la recherche ait porté sur ce sujet. Je pense avoir mentionné les avantages de ne pas seulement faire de la recherche sur l'individu, mais de l'étendre à la famille pour discerner les avantages et les conséquences possibles.

[*Français*]

Le président : Vous savez comme moi que, s'il y a du cannabis à la maison, les adolescents, les conjoints ou conjointes pourraient être tentés de dire que papa ou maman en prend, donc je peux en prendre moi aussi.

[*Traduction*]

M. Walsh : Il importera beaucoup d'élaborer de la documentation pour favoriser la discussion avec les enfants sur la consommation de cannabis, particulièrement le cannabis thérapeutique. Il y en a déjà de publiée. Nous voyons des gens consommer de l'alcool en présence de leurs enfants. Il est sûr qu'ils ne voudraient pas que leurs enfants en consomment. C'est la même chose avec les opioïdes qu'on consomme pour combattre la douleur. Je pense que nous pouvons faire clairement savoir que ces produits sont destinés aux adultes et non aux enfants.

Encore une fois, je pense que cette réduction de la honte conduit à une discussion plus franche. Beaucoup de parents font erreur en cachant à leurs enfants leur consommation de cannabis. Ils leur font ainsi croire qu'il est mieux de la taire que d'en discuter ouvertement avec les parents. J'espère que cette discussion franche nous conduira à des situations comme celles que nous avons avec l'alcool et d'autres drogues.

La sénatrice Jaffer : Ce que vous avez dit est très intéressant. Je vais maintenant vous demander de sortir votre boule de cristal parce que la plupart d'entre nous sont en territoire assez nouveau.

I have so many questions about impairment. We have been hearing about cannabis not just in this committee but also in the Finance Committee and in the Legal Committee. Everywhere, we're getting different witnesses with different points of view. I wanted to ask you all if there is a test you know of, or how does one tell if a person is impaired? Some of the things we have heard is that it depends. If somebody has been taking cannabis for a long time, their impairment is very different from somebody who is just starting. Do you have any opinion as to how you assess impairment?

Mr. Walsh: Cannabis, because of the way that it is metabolized, presents a particular puzzle when it comes to impairment. A certain nanogram blood limit can mean that you used a lot of cannabis yesterday, it can mean you recently ingested cannabis but aren't feeling the effects yet, or it could mean you are impaired. I think we will have a lot of trouble finding some kind of per se blood limit that will be informative.

Functional tests of impairment, like the roadside sobriety-type tests, may be our best tool. Research that can refine those types of assessments, whether you are currently impaired as you are taken away from your car, will be more informative and fair given the way that cannabis is metabolized than any kind of per se limit.

Senator Jaffer: Can you repeat that?

Mr. Walsh: If you are talking about driving, if we can test how impaired people are, what their reaction time is, their executive function and attention — all those things that may be impaired — in a real-life setting, it would be more informative than blood levels, especially and combined with some kind of indication of blood levels. Blood levels on their own will be a tough test for impairment. We will need something behavioural that shows how impaired someone actually is. Unfortunately, I don't think we'll get something like alcohol, where you get this nice indication of how much alcohol is in someone's blood based on a Breathalyzer. Because of the way alcohol is metabolized, that gives us a good indication. I am not hopeful we will come up with something like that for cannabis soon. As we await that, I think that functional impairment tests will be the best way to go.

Senator Jaffer: I am struggling with this because in my other life, I was a lawyer — I still am — and I did a lot of cases as defence on impairment with alcohol. There were lots of problems with those machines, when was it given, 15 minutes ago or within two hours, where it was given and how cold it was. There are so many issues.

J'aurais tellement de questions à vous poser sur les facultés affaiblies. On entend parler du cannabis non seulement à ce comité, mais aussi au Comité des finances et au Comité des affaires juridiques. Partout, on entend différents témoins qui présentent des points de vue différents. J'aimerais vous demander à tous s'il existe, à votre connaissance, un test qui nous permette d'établir si une personne a les facultés affaiblies. D'après ce que nous avons entendu, cela dépend. Les facultés de la personne qui consomme du cannabis depuis longtemps seront affaiblies de manière très différente de celles de la personne qui commence à peine à en consommer. Avez-vous une opinion sur la façon d'évaluer les facultés de la personne?

M. Walsh : En raison de la façon dont il est métabolisé, le cannabis présente un casse-tête particulier pour ce qui est d'évaluer comment il modifie les facultés d'une personne. Si elle présente un certain nombre de nanogrammes dans le sang, cela peut signifier qu'elle a consommé beaucoup de cannabis hier, qu'elle vient d'en ingérer, mais n'en ressent pas encore les effets ou qu'elle a les facultés affaiblies. Je pense que nous aurons beaucoup de mal à établir une limite de cannabis dans le sang qui voudra vraiment dire quelque chose.

Notre meilleur outil restera peut-être les tests de sobriété administrés sur le terrain, comme ceux qu'on administre aux contrôles routiers. Les analyses qui permettent d'approfondir ces évaluations pour déterminer si les facultés d'une personne sont affaiblies au moment où on la fait sortir de sa voiture seront plus éclairantes et plus justes qu'une limite fixe, compte tenu de la façon dont on métabolise le cannabis.

La sénatrice Jaffer : Pouvez-vous répéter cela?

M. Walsh : Pour évaluer les facultés de conduite, si nous pouvons évaluer les capacités des gens, comme leur temps de réaction, leurs fonctions exécutives et leur attention en contexte réel, toutes les choses qui peuvent être altérées, ce sera plus utile que de mesurer la quantité de cannabis dans le sang, surtout si ces observations s'ajoutent à une mesure du cannabis dans le sang. Il sera difficile d'évaluer les facultés d'une personne à la lumière de la quantité de cannabis dans son sang seulement. Il nous faut des critères comportementaux nous indiquant à quel point ses facultés sont affaiblies. Malheureusement, je ne crois pas qu'on puisse avoir accès à un test comme l'alcootest, qui nous donne une bonne indication, compte tenu de la façon dont l'alcool se métabolise. Je doute fort de voir apparaître des tests comparables pour le cannabis bientôt. D'ici là, je pense que l'idéal restera d'administrer des tests de sobriété.

La sénatrice Jaffer : Cela me pose problème, parce que dans ma carrière antérieure, j'étais avocate — je le suis toujours, d'ailleurs —, et j'ai plaidé bien des causes à la défense de clients accusés de conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool. Ces appareils posaient beaucoup de problèmes; la mesure dépendait du moment où le test était administré — il y a 15 minutes ou

I am thinking about what a burden it will be on the police. How will they be able to assess and then, further, how will the court hold somebody guilty on impairment? As parliamentarians and legislators, we will not be able to give any specific guidance as we do with the alcohol legislation, I don't think; I'm not sure. I'm really concerned and I wanted to know your opinion on this.

Mr. Walsh: It is not a new issue. Currently, people are using cannabis at high levels. I don't think it will be all that new following legislation, but I agree it is a real puzzle that the research community must address.

Senator Jaffer: I have a question with respect to prescriptions. Do you see a day when we will have a process where doctors will be prescribing cannabis as a drug for medical purposes? I know some doctors do that, but how about as a prescription?

Dr. Richardson: It is very hard to know. That is probably not one of my talents, to be able to predict the future.

If there is sufficient evidence and an indication, whether it is off label or directed through Health Canada or the FDA in the U.S., then, like any other treatment that is beneficial, I would guess the medical community would support a prescription or treatment for it. I don't think we are there yet, but once we are there and it goes through all the regulatory approvals, then if it is indicated, I would assume it would also be supported.

Mr. Pedlar: This is longer term, but you can look at the path that a lot of medications have taken. For example, Digitalis, in its history, went back to a plant called foxglove and it took a long time to separate what was beneficial and what was harmful.

In my experience, physicians like to know what they are prescribing. Something with 87 chemicals in it is a challenge for a physician to get their head around. Generally speaking, physicians like to prescribe something built from the molecule up. I'm guessing that as we learn more about what the beneficial thing is, we will be in a better position to build medications, whether natural or synthetic, that will become more like traditional medications in terms of knowing exactly what you are giving and what the harms and benefits are.

Senator Jaffer: Thank you.

dans les 2 heures —, de l'environnement et de la température, soit s'il faisait froid ou non. Il y a tellement de problèmes.

Je pense au fardeau que cela imposera aux policiers. Comment pourront-ils évaluer chaque personne et comment les tribunaux pourront-ils trouver qui que ce soit coupable de conduite avec les facultés affaiblies? Pour notre part, à titre de parlementaires et de législateurs, nous ne pourrons pas donner d'orientation claire, comme nous pouvons le faire à l'égard de l'alcool. Je ne sais trop. Je suis très inquiète et j'aimerais connaître votre opinion.

M. Walsh : Le problème n'est pas nouveau. À l'heure actuelle, il y a des gens consomment du cannabis en grande quantité. Je ne crois pas que ce sera si nouveau après l'entrée en vigueur de la loi, mais je conviens avec vous que c'est un vrai casse-tête, sur lequel les chercheurs devront se pencher.

La sénatrice Jaffer : J'ai une question à vous poser sur les prescriptions. Croyez-vous qu'un jour les médecins prescriront le cannabis à des fins médicales? Je sais qu'il y a des médecins qui le font déjà, mais pourrait-il être prescrit plus largement?

Dr Richardson : C'est très difficile à dire. Il ne fait probablement pas partie de mes talents de prédire l'avenir.

S'il y a suffisamment de preuves et d'indications en ce sens, que ce soit recommandé par Santé Canada ou la FDA, aux États-Unis, ou que ce soit une utilisation non conforme, je m'attendrais à ce que les médecins le prescrivent, comme tout autre traitement bénéfique. Je ne crois pas que nous en soyons déjà là, mais quand il aura reçu toutes les approbations réglementaires nécessaires, je serais porté à croire qu'il sera prescrit si c'est indiqué.

M. Pedlar : Dans une perspective à plus long terme, on peut regarder le cheminement de beaucoup d'autres médicaments. Par exemple, la digitale a longtemps été une plante crainte, et il a fallu beaucoup de temps pour qu'on fasse la distinction entre ses propriétés bénéfiques et ses côtés nocifs.

Selon mon expérience, les médecins aiment connaître ce qu'ils prescrivent. Il est difficile pour eux de se faire une bonne idée d'un produit qui renferme 87 substances chimiques. De manière générale, ils aiment prescrire des choses conçues à partir d'une molécule. Je pense que plus nous en apprendrons sur ses propriétés bénéfiques, le mieux nous serons placés pour concevoir des médicaments naturels ou synthétiques qui ressembleront davantage aux médicaments qu'on connaît, pour lesquels on sait exactement ce qu'on donne et quels sont les avantages et les effets indésirables.

La sénatrice Jaffer : Merci.

[*Translation*]

The Chair: Before I give the floor to Senator McIntyre, I would like to pick up on a point raised by Senator Jaffer regarding blood alcohol testing. I was a police officer and breathalyzer technician for at least twenty years. I was an operator and a qualified technician. Even though our devices had been standardized several years before, it was very difficult to win a court case based on breathalyzer results, despite the two-hour delay calculation.

In the case of drugs, we are told that police officers will be able to conduct cognitive tests and collect a blood sample within two hours. Alcohol testing is often done at night. I challenge you to find a hospital within two hours, in Abitibi, with doctors available in the emergency ward to do the tests. Such cases are not a high priority in the emergency ward. I wish the police officers good luck when they have to do drug detection tests — and I speak from experience.

[*English*]

Senator McIntyre: Last week, our committee heard from Dr. Courchesne, Veterans Affairs' Chief Medical Officer. According to Dr. Courchesne, marijuana is still a controlled substance, and because it is still a controlled substance researchers have difficulty submitting research ethics proposals and passing the ethics board. You all have expertise on the state of research on this issue. Have you come up with this problem?

Mr. Walsh: In my experience with the research ethics board, in recent years there has been so much interest in doing cannabis research and so many calls for cannabis research that the research ethics board hasn't been the primary barrier.

I think finding funding for cannabis research has been a bigger obstacle. The perspective of the scientific community on cannabis primarily as a lower consequence drug of abuse makes it less of a research priority compared to other health issues. I think an emerging lack of interest and stigma has been more of an issue.

Also, the biggest issue internationally is access to cannabis in research settings where cannabis administration is called for. It has been a puzzle trying to access the quality of cannabis required for reliable research.

Research ethics boards vary from site to site, and I can't say that the research ethics board I have dealt with has been anything short of helpful.

[*Français*]

Le président : Avant de céder la parole au sénateur McIntyre, j'aimerais revenir sur un point soulevé par la sénatrice Jaffer, qui faisait référence aux tests de dépistage de l'alcool dans le sang. J'ai été policier et aussi technicien d'ivressomètre pendant au moins une vingtaine d'années. J'étais opérateur et technicien qualifié. Bien que nos appareils aient été homologués depuis plusieurs années, il était très difficile, en cour, de gagner une cause avec un ivressomètre, et malgré le calcul des délais de deux heures.

Or, pour la drogue, on dit que les policiers pourront effectuer des tests cognitifs et recueillir un échantillon de sang dans un délai de deux heures. Souvent, les alcootests se font la nuit. Je vous mets au défi de trouver un hôpital, dans un délai de deux heures, alors que vous êtes en Abitibi, et d'avoir des médecins disponibles à l'unité d'urgence pour les administrer. À l'urgence, ces cas sont loin d'être la priorité. Je souhaite donc bonne chance aux policiers lorsqu'ils devront effectuer ces tests de dépistage pour la drogue — et je parle en connaissance de cause.

[*Traduction*]

Le sénateur McIntyre : La semaine dernière, nous avons entendu la Dre Courchesne, médecin en chef à Anciens Combattants Canada. Selon elle, la marijuana demeure une substance désignée, et pour cette raison, les chercheurs ont du mal à soumettre des propositions de recherche qui répondent aux critères du comité d'éthique. Vous connaissez tous l'état de la recherche à ce sujet. Avez-vous été confrontés à ce problème?

M. Walsh : Selon mon expérience du Comité d'éthique de la recherche, il y a tellement d'intérêt depuis quelques années pour les recherches sur le cannabis et tellement d'incitatifs à mener ces recherches que ce n'est pas le comité d'éthique qui constitue le principal obstacle.

Je pense que la principale difficulté est plutôt de trouver du financement pour la recherche sur le cannabis. La perception du milieu scientifique sur le cannabis, qui est d'abord considéré comme une drogue douce, lui confère une moins grande priorité de recherche que d'autres questions de santé. Ainsi, je pense qu'il y a surtout un manque d'intérêt et trop de stigmatisation.

De même, le grand problème à l'échelle internationale, c'est l'accès au cannabis dans les milieux de recherche, pour qu'on puisse en administrer à des fins de recherche. C'est un véritable casse-tête que d'avoir accès à du cannabis de la qualité requise pour mener des recherches fiables.

Les comités d'éthique de la recherche varient d'un endroit à l'autre, mais je ne pourrais vraiment pas dire que le comité d'éthique de la recherche que je connais ne nous aide pas.

Senator McIntyre: But as you said, a lack of funding, for example, would be one of the impacts on advancing knowledge in this area.

Mr. Walsh: Absolutely. A lack of funding and general stigma in the scientific community, which I hope is dissipating.

Senator McIntyre: Funding and stigma; thank you.

Senator Wallin: I have two quick follow-up questions, including warning Senator Richards not to try to travel to the United States with all your confessions here today.

Senator Richards: Not since I was 16, but they will still put me in jail.

Senator Jaffer: Not in jail, but ban you for life.

Senator Wallin: Dr. Richardson, I think you said in response to Senator Richards or Senator Dagenais that you had cases where people voluntarily stopped using cannabis and tried other alternatives. Was there any consistent reason as to why?

Dr. Richardson: That's something we are currently studying in the sense of examining those who are currently using and have used cannabis. What are their potential benefits and reasons for decreasing? Sometimes it might have been, as was alluded to before, stigma and having family members that they didn't want to be smoking. For others, they didn't like the fact that they were smoking and had some adverse side effects, including feeling emotionally numb, having more anxiety and feeling stoned or not feeling themselves. So there were a variety of reasons.

Senator Wallin: That leads me to my next follow-up question. I think it was Mr. Walsh who said, in response to Senator Griffin, that there was no substantial difference between medical and recreational marijuana. We are certainly led to believe that there is less THC and more CBD in the medical so you have the benefit but not the stoned effect. Is that not the case?

Mr. Walsh: Some medical users prefer or use cannabis with higher THC. The distinction I was making is that it is not the cannabis itself that is medical or recreational but rather the motives for use and the authorization. Some recreational users may prefer cannabis with various qualities. However, yes, higher CBD cannabis is more likely to be used medically.

Le sénateur McIntyre : Vous dites pourtant que le manque de financement, par exemple, nuit à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

M. Walsh : Absolument. Le manque de financement et la stigmatisation générale dans le milieu scientifique, qui se dissipe un peu, je l'espère.

Le sénateur McIntyre : Le financement et la stigmatisation. Merci.

La sénatrice Wallin : J'ai deux petites questions complémentaires à poser, et je dois prévenir le sénateur Richards qu'il ferait mieux de ne pas se rendre aux États-Unis, compte tenu de toutes les confessions qu'il vient de faire aujourd'hui.

Le sénateur Richards : Je n'en ai pas pris depuis mes 16 ans, mais ils me jetteraient quand même en prison.

La sénatrice Jaffer : Pas en prison, mais vous seriez interdit d'entrée à vie.

La sénatrice Wallin : Docteur Richardson, je crois vous avoir entendu dire, en réponse au sénateur Richards ou au sénateur Dagenais, que vous avez vu des gens arrêter volontairement d'utiliser le cannabis pour essayer d'autres solutions. Les raisons à cela sont-elles toujours sensiblement les mêmes?

Dr Richardson : Nous sommes justement en train d'étudier les cas des personnes qui utilisent le cannabis ou l'ont utilisé. Quels seraient les avantages potentiels ou les raisons d'en diminuer la consommation? Pour certaines personnes, comme on l'a déjà dit, ce peut être en raison de la stigmatisation ou parce que certains de leurs proches ne voulaient pas qu'ils fument. D'autres n'aimaient pas le fait de fumer ou souffraient d'effets secondaires indésirables, comme d'une sensation d'insensibilité émotionnelle, d'anxiété, d'être gelés ou de ne pas se sentir eux-mêmes. Les raisons sont diverses.

La sénatrice Wallin : Cela m'amène à mon autre question complémentaire. Je pense que c'est M. Walsh qui a dit, en réponse à la sénatrice Griffin, qu'il n'y avait pas de différence marquée entre la marijuana médicale et la marijuana récréative. Nous serions assurément portés à croire qu'il y a moins de THC et plus de CBD dans la marijuana médicale, pour qu'on puisse profiter des effets bénéfiques sans se sentir drogué, n'est-ce pas?

M. Walsh : Certains consommateurs à des fins médicales préfèrent ou utilisent du cannabis contenant des doses plus élevées de THC. La distinction que j'essayais de faire, c'est que ce n'est pas le cannabis en soi qui soit médical ou récréatif, mais plutôt les raisons pour lesquelles il est utilisé et autorisé. Les personnes qui en consomment à des fins récréatives peuvent lui préférer diverses qualités. Cependant, il est vrai qu'il est plus probable que du cannabis à haute teneur en CBD soit utilisé à des fins médicales.

Senator Wallin: Thank you.

[Translation]

The Chair: Before we conclude our meeting, I have one last question for Mr. Walsh. Have you heard of a combination of medications that could be used with cannabis that would reduce the amount of cannabis needed?

[English]

Mr. Walsh: That is a great question. When I try to look forward to what will be the ideal type of cannabis therapy, it will be cannabis as an adjunct, so cannabis in addition to behaviour therapy, ideally. As caregivers, we would all like to see people to be free of medications and be able to engage in things like exercise or talk therapy and, depending on the symptoms, minimizing the amount of medications with side effects in total. So if there are medications that have less negative side effects than cannabis, I think we would want to increase those relative to cannabis. If it is a medication that has a potential harm, for instance, opioids in someone who is susceptible to opioid misuse, then increasing the relative amount of cannabis to opioid may be beneficial. On a case-by-case basis, there are situations where more cannabis or less cannabis relative to other treatments may be more or less effective.

[Translation]

The Chair: Thank you.

That concludes our meeting. Dr. Richardson, Mr. Walsh, Mr. Pedlar, thank you for your presentations and your testimony. They will be very useful when we are preparing our report.

(The committee adjourned.)

La sénatrice Wallin : Merci.

[Français]

Le président : Avant de clore notre séance, j'aimerais poser une dernière question à M. Walsh. Avez-vous entendu parler d'une combinaison de médicaments qui pourraient être utilisés avec le cannabis et qui feraient en sorte de permettre de réduire la quantité de cannabis à consommer?

[Traduction]

M. Walsh : C'est une excellente question. Si j'essaie d'imaginer la thérapie idéale à base de cannabis, je vois le cannabis comme un complément, qui s'ajouterait à une thérapie comportementale. Les professionnels de la santé aimeraient tous voir les gens affranchis des médicaments et être capables de faire de l'exercice ou de suivre une psychothérapie, selon leurs symptômes, afin de réduire la somme des médicaments qu'ils prennent, ainsi que leurs effets secondaires. Donc, s'il y a des médicaments qui ont moins d'effets secondaires indésirables que le cannabis, je pense que nous voudrons les préférer au cannabis. En revanche, il y a des médicaments susceptibles de causer du tort, comme les opioïdes chez les personnes sensibles à un usage abusif d'opioïdes, donc il pourrait être indiqué dans ces cas d'augmenter la dose relative de cannabis par rapport à celle des opioïdes. Selon le cas, il pourrait être plus ou moins efficace d'utiliser plus ou moins de cannabis qu'un autre traitement.

[Français]

Le président : Merci.

Cela conclut notre séance. Docteur Richardson, monsieur Walsh, monsieur Pedlar, merci de vos présentations et de vos témoignages, qui seront très utiles pour la production de notre rapport.

(La séance est levée.)

WITNESSES

As an individual:

Zachary Walsh, Associate Professor, Department of Psychology, University of British Columbia.

Canadian Institute for Military and Veteran Health Research:

David Pedlar, Scientific Director;

Dr. J.D. Richardson, Consultant Psychiatrist, Physician Clinical Lead, Parkwood Operational Stress Injury Clinic.

TÉMOINS

À titre personnel :

Zachary Walsh, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de la Colombie-Britannique.

Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans :

David Pedlar, directeur scientifique;

Dr J.D. Richardson, consultant en psychiatrie, médecin-chef, Parkwood Operational Stress Injury Clinic.